

Universidade de Évora
Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva:
Evolução, Conceitos e Actores

SENSIBILIDAD DE GÉNERO EN EL
PLANO NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL 2004-2010.
Un análisis para la integración de la perspectiva de género en las políticas de salud

LILIAN ELIZABETH VIDAL ASENJO

Orientadora Doutora Maria de Fátima Nunes Ferreira
Co-orientadora Doutora Natalia Fernández Díaz



171 553

- Évora, Outubro 2010 -

RESUMEN

**Sensibilidad de Género en el Plano Nacional de Saúde de Portugal 2004-2010.
Un análisis para la integración de la perspectiva de género en las políticas de salud.**

El objetivo de esta tesina es analizar la sensibilidad de género del Plano Nacional de Saúde de Portugal (PNS) 2004-2010. Para identificar el nivel de sensibilidad de género se aplica el cuestionario guía de sensibilidad de género (Rosana Peiró et. al., 2004) validado en el examen de políticas y diseñado para la investigación en salud. Este cuestionario de sensibilidad de género sigue la estructura de los planes de salud orientados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y dispone de indicadores de sensibilidad para la descripción de los problemas de salud y para las intervenciones que propone el plan. La aplicación del cuestionario de sensibilidad de género, permite establecer y analizar en el plan de salud portugués, el grado en que las políticas de salud tienen en cuenta la problemática del género y proponen acciones para reducir las desigualdades que causa. Se presentan como resultados las matrices aplicadas y los cuadros de sensibilidad de género por cada conjunto de estrategias, según entornos de salud, enfermedades priorizadas, etapas de la vida y funcionamiento del sistema de salud.

Palabras clave: sensibilidad de género, políticas de salud, Plano Nacional de Saúde de Portugal.

RESUMO

Sensibilidade de Gênero no Plano Nacional de Saúde de Portugal (PNS) 2004-2010.

Uma análise para a integração da perspectiva de género nas políticas de saúde.

O objectivo desta tese é analisar a sensibilidade de género do Plano Nacional de Saúde de Portugal (PNS) 2004-2010. Para identificar o nível de sensibilidade de género se aplica o questionário guia de sensibilidade de género (Rosana Peiró et. Al., 2004), validado para análise de políticas e desenvolvido para a pesquisa em saúde. Este questionário de sensibilidade de género segue a estrutura dos planos de saúde orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e dispõe de indicadores de sensibilidade para a descrição dos problemas de saúde e para as intervenções que o plano propõe. A aplicação do questionário de sensibilidade de género permite estabelecer e analisar, no plano de saúde português, o grau em que as políticas de saúde levam em conta a problemática do género e em que propõem acções para reduzir as desigualdades que causam. Apresentam-se como resultados as matrizes aplicadas e os quadros de sensibilidade de género por cada conjunto de estratégias, condições de saúde, doenças prioritizadas, etapas de vida e funcionamento do sistema de saúde.

Palavras chave: sensibilidade de género, políticas de saúde, Plano Nacional de Saúde.

ABSTRACT

Gender sensitivity in the National Health Plan (PNS) 2004-2010.

An analysis towards the integration of the gender perspective in health policies.

The objective of this thesis is to analyze the gender sensitivity of the Portuguese National Health Plan (PNS) 2004-2010. In order to identify the level of gender sensitivity, the questionnaire Guide of Gender Sensitivity (Rosana Peiró et. al., 2004) was applied. This questionnaire has been validated for the examination of policies and was designed for research in the health field. It follows the structure of health plans, as proposed by the World Health Organization (WHO), and is composed by indicators of sensitivity for the description of health problems and for the interventions proposed by the health plan. The application of the questionnaire allows one to establish and analyze, in the Portuguese health plan, to what degree the health policies take into account the matter of gender and propose actions to reduce the inequalities they cause. As a result of the analysis, the applied matrixes are presented, as well as the tables of gender sensitivity by each group of strategies, according to health conditions, prioritized diseases, life stages and general functionality of the health system.

Keywords: gender sensitivity, health policies, National Health Plan.

INDICE

| | |
|--|-----|
| PRÓLOGO | 6 |
| ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS | 7 |
| PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| CAPÍTULO UNO: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL | |
| 1.1 Género, sexo y mujeres. | 22 |
| 1.2 Salud y género, la problemática. | 27 |
| 1.3 Los problemas de la salud pública en perspectiva de género. | 32 |
| 1.4 Movimiento de la salud de las mujeres y las políticas de salud. | 36 |
| CAPÍTULO DOS: CONTEXTO INSTITUCIONAL | |
| 2.1 Trazos de la asistencia y del bienestar en femenino. | 43 |
| 2.2 Portugal: entre la caridad y los derechos. | 52 |
| 2.3 La política de la salud en Portugal y las reformas sanitarias. | 59 |
| 2.4 Reforma en curso y el plan de salud como estrategia. | 65 |
| CAPÍTULO TRES: SENSIBILIDAD DE GÉNERO DEL PNS 2004-2010 | |
| 3.1 Plano Nacional de Saúde 2004-2010, etapas y estrategias. | 71 |
| 3.2 Estructura del plan de salud, Cuestionario Guía e Indicadores. | 76 |
| 3.3 Sensibilidad de género de los Contenidos Simbólicos del PNS 2004-2010. | 81 |
| 3.4 Sensibilidad de género de los Contenidos Operativos del PNS 2004-2010. | 86 |
| CAPÍTULO FINAL: DISCUSION Y REFLEXIONES | |
| La perspectiva de género para el análisis de las políticas de salud pública. | 133 |
| La sensibilidad de género del PNS 2004-2010. | 137 |
| Desafíos para la investigación. | 144 |
| BIBLIOGRAFÍA | 147 |
| ANEXOS | 158 |

PRÓLOGO

Este preámbulo está destinado a dar mis mas sinceros agradecimientos, en el ámbito del programa internacional Erasmus Mundus Master PhoenixEM - Dynamics of Health and Welfare, a la Doutora Profesora Laurinda Abreu, Coordinadora del máster en que tiene lugar esta tesis de investigación, por su apoyo humano, académico y profesional durante el transcurso de estos años en la Universidade de Évora, y en semestre móvil en la Universidad Autónoma de Barcelona y Linköping University, de gran valor en términos personales y académicos. En Barcelona mi reconocimiento a las profesoras Teresa Gutiérrez, Annette Mulberger y Josefina Caminal. En Hostalets de Balanya a Anna, Ramon y Laurita, por su acogida ejemplar.

Por su colaboración y excelente disponibilidad a Rosana Peiró, de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana y de la Red Temática de Investigación de Salud y Género del Instituto Carlos III, Madrid. Igualmente en Évora, a la directora de la Administração Regional de Alentejo, ARS, Doutora Rosa Augusta Valente Matos.

Esta tesis de investigación ha sido posible gracias al trabajo, apoyo y colaboración que ha dedicado la Doutora Maria de Fátima Nunes Ferreira, profesora orientadora de este estudio a quien agradezco particularmente su excelente y permanente disposición, su apoyo personal y profesional en el logro de este trabajo. A la Doutora Natalia Fernández Díaz, co-orientadora de esta tesis cuyas recomendaciones fueron fundamentales para el resultado final de este trabajo.

En la Universidade de Évora, mi reconocimiento especial a la orientación personal de la Dra. Profesora Fernanda Henriques, en la medida que fueron decisivas sus aulas y su guía. Del mismo modo mi gratitud para la Dra. Profesora Filomena Barros, Dra. Profesora Herminia Vilar, Dr. Profesor Silvério Rocha e Cunha.

Finalmente, a mi familia, a quien debo el sacrificio, la inspiración y la dedicación, mi compañero Víctor, mis hijos Gabriel y Víctor, especialmente a mi madre, mi padre, mis hermanas y hermanos, mis amigas y amigos. Este trabajo es dedicado a su apoyo constante y paciente.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|----------|---|
| CE | Consejo de Europa. |
| CEDAW | Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres. |
| CIDM | Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. |
| CPLP | Comunidad de Países de Língua Portuguesa. |
| INS | Inquéritos Nacionais de Saúde. |
| IST | Infecciones Sexualmente Transmisibles. |
| IVG | Interrupción Voluntaria de Gravidez. |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud. |
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| PNS | Plano Nacional de Saúde de Portugal. |
| SNS | Servicio Nacional de Saúde. |
| UE | Unión Europea. |
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. |
| UNFPA | United Nations Population Fund. |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. |
| VIH/SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. |

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En el marco del programa Erasmus Mundus Master PhoenixEM - Dynamics of Health and Welfare, esta tesis de investigación presenta los resultados del análisis con perspectiva de género del *Plano Nacional de Saúde de Portugal (PNS) 2004-2010*, documento que se define en función de prioridades y orientaciones estratégicas, metas y objetivos para alcanzar el derecho a la salud de todos y todas.

El objetivo general es realizar un análisis de la incorporación de la dimensión de género en el plan de salud portugués. Para ello, se utilizó un Cuestionario Guía de sensibilidad de género (Peiró et. al., 2004) que permite medir el nivel de integración de la dimensión de género en los planes de salud guiados por las orientaciones de la OMS. Los resultados de la aplicación del cuestionario guía son presentados en cuadros de sensibilidad y finalmente profundizados a la luz de los conceptos teóricos y los antecedentes contextuales.

Este estudio, parte del reconocimiento de que las políticas de la salud afectan tanto a hombres como mujeres, sin embargo, la desigual distribución de poder, recursos y oportunidades debidas al género afecta en mayor medida a las mujeres. Por sus rasgos biológicos y funciones de reproducción y de cuidado doméstico, las mujeres presentan una vulnerabilidad diferenciada de salud. Las reformas sanitarias que despliegan medidas uniformes para la población, no tienen los mismos efectos para mujeres que para hombres. En este sentido, la incorporación marginal de la perspectiva de género en la formulación de las políticas generales de la salud, se configura como el problema de investigación del presente trabajo, en la medida que la falta de reconocimiento de las necesidades y riesgos diferenciados de mujeres y hombres, impide su visibilidad y profundiza las desigualdades sociales de género en la salud.

Para el análisis del plan de salud con enfoque en el género, esta investigación utiliza una herramienta metodológica que orienta la revisión y estudio del plan nacional. Resultado de una búsqueda inicial de recursos para la investigación de género en las políticas de salud, - un campo profuso y en desenvolvimiento -, esta tesina de investigación se inspira en y utiliza el Cuestionario Guía de sensibilidad de género

elaborado en la investigación de Rosana Peiró et. al. (2004)¹ validado en la evaluación de políticas² y para la investigación en salud. Este cuestionario guía fue diseñado para el examen de los planes de salud que siguen las orientaciones de la OMS y en este trabajo orienta el análisis del PNS 2004-2010. La ventaja que presenta el Cuestionario Guía es que sigue la estructura de los planes de salud y dispone de indicadores de sensibilidad que permiten una evaluación general y a la vez desagregada del PNS 2004-2010. La sensibilidad de género en este trabajo es definida como el grado en que los objetivos generales, la descripción de la situación de salud y las intervenciones contempladas en el PNS 2004-2010, tienen en cuenta la dimensión de género y proponen acciones para reducir las desigualdades que provoca (Mazarrasa, 2001; Peiró, et. Al 2004).

De esta forma en esta investigación fueron definidos dos objetivos de nivel más específico:

- Aplicar el Cuestionario Guía de sensibilidad de género (Peiró et. al., 2004) en el Plano Nacional de Saúde de Portugal 2004-2010; y,
- Describir y analizar el nivel de sensibilidad de género a lo largo de la estructura del Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Así mismo fue identificada una pregunta de investigación para ser respondida en este trabajo, esta es: ¿Las políticas de salud en Portugal conducen a la equidad de género en la salud?

El encuadramiento teórico de este estudio se despliega en torno a los conceptos de género y sexo, desarrollados en profundidad desde la teoría feminista y los estudios de las mujeres, luego la identificación de problemas conceptuales y de herramientas para el análisis del género en la salud y los problemas de la salud pública que afectan a las mujeres. En este capítulo se incluye la referencia que merecen las contribuciones del movimiento por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Portugal y en

¹ Vease Rosana Peiró, Nieves Ramón, Carlos Álvarez-Dardet, Concha Colomer, Carmela Moya, Carme Borrell, Antoni Plasència, Eduardo Zafra, María Isabel Pasarín (2004) “Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue” en *Gaceta Sanitaria*;18(Supl 2):36-46. Disponivel em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500006&script=sci_arttext

² En comunicación con Rosana Peiró, tomamos conocimiento de que el Cuestionario Guía de Sensibilidad de género diseñado para el análisis comparativo de los planes de salud de las Comunidades Autónomas de España, también está siendo utilizado en el análisis comparativo de planes de salud a nivel de Europa, donde fue incluido el plan de salud portugués PNS 2004-2010. Entendemos que dicha investigación, a la fecha, se encuentra suspendida.

la dinámica global de los organismos y tratados internacionales, para la modernización de la salud primaria y el concepto de salud visualizado como un derecho.

El marco contextual pretende caracterizar las instituciones de la asistencia y el bienestar, en Portugal y en la región, con énfasis en su vinculación con lo femenino, desde las contribuciones desarrolladas en el campo de la historia y la sociología. Estos abordajes destacan que si bien la emergencia del Estado de Bienestar confluye con el movimiento por los derechos de las mujeres, las políticas de protección social se han centrado en el modelo de trabajo asalariado de los varones y de la familia tradicional, perpetuando de esta forma las desigualdades de género con consecuencias en la salud de las mujeres. El transcurso que han seguido las políticas de asistencia y de la salud en Portugal durante el siglo veinte, dan cuenta de los principales rasgos que anteceden y configuran el actual sistema sanitario así como las estrategias del sector en las últimas décadas, donde se inscribe la política de planificación de la salud actual que es objeto del análisis en este trabajo de investigación.

Desde ya, la hipótesis que sugiere este trabajo es que el análisis de la sensibilidad de género en el PNS 2004-2010 puede ofrecer pistas para la identificación de las dificultades para una mayor integración de la perspectiva de género en el marco general de las políticas de la salud. Los resultados de este análisis, pueden servir de consulta y antecedente para lo/as profesionales y trabajadores/as de la salud, que tienen a su cargo la validación de políticas y programas en Portugal, país que se encuentra comenzando una nueva fase de planeamiento de su política de salud. Finalmente, este estudio busca proyectar futuras investigaciones para la aplicación del enfoque de género como herramienta de trabajo en la salud.

INTRODUCCIÓN

En el marco de un programa de máster que valora y articula enfoques interdisciplinares para la comprensión de los fenómenos de la salud y el bienestar, este trabajo de evaluación y análisis, parte de una teoría, un marco contextual y una metodología de análisis coherente.

El *Mestrado em Políticas de bem-estar em perspectiva: evolução, conceitos e actores* de la Universidade de Évora – Portugal, integrado en el *Erasmus Mundus Master PhoenixEM - Dynamics of Health and Welfare* de la Comisión Europea, permite la incorporación de enfoques múltiples para el análisis de las políticas de bienestar, especialmente cuando versan sobre aspectos de primer orden en sensibilidad, como es el caso de la salud. El análisis existente y disponible que incorpora sistemáticamente los enfoques históricos o sociológicos, así como los estudios que profundizan sobre las determinantes de la salud, han permitido profundizar en nuevos problemas, vinculados a demandas sociales de las sociedades, como la portuguesa que declara un interés por vincular la salud y el género como elementos constitutivos de su política pública. Este es el desafío en que se enmarca el presente estudio.

Desde un análisis de género para la salud, podemos sostener que las políticas públicas en general, crean normas y establecen prioridades que en términos de género, no son neutros. La noción de género en esta investigación corresponde a la desarrollada en el ámbito de la teoría feminista y de los estudios de la mujer³, que lo definen como una categoría de relación, cambiante según los contextos espaciales y temporales (Esteban, 2006). En la medida que el fundamento del género comprende la existencia de un sistema social de género y no se reduce a una noción uniforme de lo femenino o masculino, permite dar visibilidad a las desigualdades sociales así como el análisis de los fenómenos sociales de mayor envergadura⁴. Dada su operatividad, esta definición ha sido adoptada por los principales organismos internacionales que abogan por la equidad

³ El género es un término polisémico que ha tenido una elaboración fundamental en el terreno del feminismo donde ha seguido una genealogía ligada a su relación en oposición o en dialéctica con el concepto de sexo, y con el fin último de transformar las condiciones que subordinan a las mujeres (Esteban, 2003; Ferreira, 2001)

⁴ Esteban (2007) alude que el género ha sido considerado un “hecho social total”, expresión acuñada por Marcel Mauss (1872-1950), que conlleva dimensiones económicas, políticas, religiosas, culturales, y que no pueden limitarse a un solo aspecto o dimensión.

de género en la salud (OPS/OMS, 1999).

Mientras tanto, desde los llamados estudios de género, se ha planteado que las políticas públicas en general y de la salud en particular, son capaces de actuar, modificar y organizar los recursos en el espectro de la vulnerabilidad diferenciada de la salud de hombres y mujeres (Peiró et.al., 2004; Sen et. al., 2005; Esteban, 2006). En este sentido durante las últimas décadas, la perspectiva de género como estrategia de análisis, ha producido una variedad de herramientas para ser utilizadas en el mejoramiento de las políticas de salud que da cuenta de un campo vasto y en desarrollo. En una búsqueda inicial de instrumentos con perspectiva de género, durante esta investigación se pudo identificar una variedad de guías y recursos que sirven para su incorporación en estudios e intervenciones, así como en las políticas, programas o acciones en el campo de la salud. Como resultado descubrimos una gama de documentos, que proporcionan herramientas conceptuales y metodológicas para el análisis de las cuestiones de género en la planificación, ejecución y evaluación de la asistencia sanitaria.

Estos documentos, guías y recursos han sido elaborados por organismos e instituciones dedicadas a la salud, y como parte de investigaciones con enfoques de abordaje mundial, regional y nacional⁵. En Anexos ha sido incluida una Lista de Guías, herramientas y manuales para la incorporación del enfoque de género en la investigación e intervención de la salud.

Esta tesina de investigación reconoce y se inspira en una de las herramientas perteneciente a este campo de desarrollo en la que se aplica un enfoque de género en la salud. El Cuestionario Guía de sensibilidad de género elaborado en la investigación de Rosana Peiró et. al. (2004)⁶ para el examen de los planes de salud que siguen las orientaciones de la OMS, es utilizado como metodología para el análisis del PNS 2004-

⁵ Estos documentos, guías, manuales y estudios, se insertan en el ámbito de la cooperación al desarrollo, son informes o compilaciones de organismos internacionales, europeos y nacionales; también mono grafías o libros, síntesis de talleres, jornadas y congresos, incluyen la importancia de este enfoque e introducen el análisis de género y la definición de género, algunos incorporan modelos de análisis de género en ciencias de la salud (Véase en Anexo Lista de Guías, herramientas y manuales para la incorporación del enfoque de género en la investigación e intervención de la salud.).

⁶ Véase Rosana Peiró, Nieves Ramón, Carlos Álvarez-Dardet, Concha Colomer, Carmela Moya, Carme Borrell, Antoni Plasència, Eduardo Zafra, María Isabel Pasarín (2004) "Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue" en *Gaceta Sanitaria*; 18 (Supl 2):36-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500006&script=sci_arttext

2010. La utilización de este Cuestionario Guía representa la distinción de un recurso metodológico con perspectiva de género validado en la evaluación de políticas⁷ y para la investigación en salud. La ventaja que presenta el Cuestionario Guía es que sigue la estructura de los planes de salud y dispone de indicadores de sensibilidad que permiten una evaluación general y a la vez desagregada del PNS 2004-2010.

La sensibilidad de género en este trabajo es definida como el grado en que los objetivos generales, la descripción de la situación de salud y las intervenciones contempladas en el PNS 2004-2010, tienen en cuenta la dimensión de género y proponen acciones para reducir las desigualdades que provoca (Mazarrasa, 2001; Peiró, et. al 2004). En Anexos se presentan los Cuadros Resumen con la información del plan de salud portugués al cual se asigna el correspondiente nivel de sensibilidad (Véase en Anexos para cada conjunto de estrategias).

En términos generales, el examen de las políticas de la salud representa un desafío para la identificación de los progresos y las limitaciones en materia de equidad de género en la salud, asunto definido por la OMS como la ausencia de las disparidades o discriminación con base al sexo en la disponibilidad de oportunidades, en la asignación de los recursos y beneficios o en el acceso a los servicios⁸. La evidencia existente que han incorporado las organizaciones internacionales de la salud (OPS/OMS 1999; Sen et. al., 2007⁹; Doyal, 2003¹⁰), ha resaltado que la desigualdad de género perjudica la salud física y mental de niñas, mujeres, niños y hombres en todo el mundo. Los informes destacan que los determinantes sociales tienen una influencia mayor sobre

⁷ En comunicación con Rosana Peiró, tomamos conocimiento de que el Cuestionario Guía de Sensibilidad de género diseñado para el análisis comparativo de los planes de salud de las Comunidades Autónomas de España, también ha sido utilizado en el análisis comparativo de planes de salud a nivel de Europa, entre los cuales se incluyó inicialmente el plan de salud portugués PNS 2004-2010. Sin embargo, en este último caso la investigación se encuentra suspendida debido a la envergadura de las necesidades propias de la aplicación y la elaboración del análisis en un marco de conocimiento del caso y de su trayectoria. El presente estudio precisamente se retroalimenta de este proceso.

⁸ Véase la estrategia del *mainstreaming* de género de la OMS, disponible en Internet (septiembre 2010): <http://www.who.int/gender/mainstreaming/strategy/en/index.html>

⁹ Véase Gita Sen y Pirooska Ostlin (2007), La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. *Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS*, Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia (SNIPH) e Instituto de la Sociedad Abierta (OSI).

¹⁰ Véase Lesley Doyal (2003) *Gender and Health sector reform: a literature review and report from workshop at Forum 7*. Published by the Global Forum for Health Research.

la salud, - aún más que los factores biológicos-, y que se traducen en cómo y cuándo usamos los servicios y de qué manera contribuimos a los cuidados. Se sabe que estos aspectos están condicionados por la distribución de recursos y de poder entre hombres y mujeres en un país, dentro de la familia o en la comunidad. Estas relaciones sociales aprendidas y generadas en el proceso de socialización son asumidas o afectan a ambos sexos, pero afectan más a las mujeres debido a la profundidad de las desigualdades de género. Las encuestas de autopercepción de la salud, dan cuenta del impacto y de los malestares, efectos que a través de la diversificación de metodologías cobran visibilidad.

Por otro lado, en un nivel más próximo, el contexto global de crisis económicas y rápidas transformaciones sociales, influyen en las reformas del sector de la salud en marcha, tendiendo a la disminución del gasto fiscal y a la privatización. Durante las últimas décadas, la reforma del Estado en muchos países, viene implicando la reducción de las responsabilidades que hasta hace poco asumía en términos de regulación de la economía y de la distribución de la riqueza. De acuerdo a varios autores¹¹ que se plantean en la línea de la defensa de la salud pública, la privatización de los servicios sociales ha convertido el derecho ciudadano a la salud, la educación y a la previsión social, en una prerrogativa dependiente de la capacidad de pago y una materia de negocios y mercancías.

En Portugal, el gasto en salud venía en aumento desde el año 1970 cuando representaba apenas un 3%, a un 10% del PIB en el año 2004, este porcentaje es superior a la media europea que bordea el 9% (Barros e Simões, 2007). Desde el análisis sociológico (Carapinheiro, 2006) se apunta que a partir de la década del ochenta, el sistema de salud en Portugal viene cediendo a las presiones políticas neo liberales dominantes¹², que limitaron las condiciones de acceso y privatizaron los servicios¹³. Sólo la política de pago por la atención de acuerdo con la capacidad

¹¹ Véase el trabajo de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (2005), *Globalización y Salud*, Editores Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública.

¹² El informe de WHO (2000) que evaluó por primera vez el sistema sanitario de 191 países, destacó la calidad del servicio de salud portugués, pero resaltó el elevado nivel de gastos en relación al PIB, un gasto per cápita bajo, un excesivo gasto en fármacos y definitivamente un mayor gasto con el sector privado en comparación a otros países de la OCDE. Véase World Health Organization (2000).

¹³ A partir de 1990 la legislación encuadra al *Serviço Nacional de Saúde* como un contexto ampliado de sistemas de salud y en complementariedad con el sector privado, en la gestión de los hospitales, las

económica y no en relación a las necesidades o riesgos, implica que las mujeres contribuyen más que los hombres por razones ligadas a la biología, la reproducción, su mayor morbilidad y la mayor esperanza de vida que evidencian. La estrategia de planificación para la salud se enmarca en esta etapa de 'modernización' de la salud en Portugal¹⁴, de ahí la pregunta que se plantea en este trabajo de investigación relativa a la consideración de los problemas de salud de las mujeres, -los antiguos y los nuevos -, en el Plan Nacional de Salud portugués.

Muchos de los malestares y problemas de salud de las mujeres tienen que ver con la reproducción y la sexualidad, con la violencia sexual y con la falta de reconocimiento del trabajo de cuidado doméstico y familiar que recae en las mujeres, a costa de su propia salud. Muchos de estos problemas de salud se viven, anteceden o padecen de manera sub-valorada en los extremos de la vida, esto es la infancia y la vejez. Según los estudios, este tema constituye un problema que crece en importancia si se toman en cuenta los cambios demográficos, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, de las enfermedades crónicas e incapacitantes, más particularmente los cambios a nivel del sistema sanitario que anuncian la desaparición o crisis del Estado de bienestar. La falta de tiempo de las mujeres relacionada a la sobrecarga de trabajo, esto es el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y de los cuidados, se suma a la falta de condiciones de apoyo social y los servicios públicos de salud - con horarios de funcionamiento no adecuados a las necesidades ni de hombres y ni de mujeres y entregan una atención despersonalizada y rápida- (Perista e Silva, 2005).

Los organismos internacionales de la salud y diversas investigaciones vienen enfatizando, por un lado la relevancia numérica de los cuidados domésticos, de la salud de menores y mayores, y por otro lado la manera en que claramente el cuidado de las personas dependientes se sigue delegando a las familias, esto es a las mujeres (Esteban, 2004; Perista e Silva, 2005).

condiciones de acceso, pago de tarifas para la atención de salud, subvenciones y exenciones para los "pobres y los grupos de alto riesgo". Véase Margarida Bentes, et.al, (2004).

¹⁴ El PNS 2004-2010 fue decidido en un momento en que el sector de la salud estaba en el centro de la atención por el creciente nivel de gasto representado por el sistema público de la salud, el plan de salud se anuncia como parte de aquellas medidas políticas que mejorarían el rendimiento del sistema. Véase Barros e Simões (2007).

Desde luego, las políticas de la salud, en su abordaje pueden priorizar o invisibilizar estos problemas, con recurso a datos epidemiológicos y estadísticos. De la misma manera este trabajo de investigación busca enfocar en el plan nacional de salud aquellas descripciones, propuestas e intervenciones que en un afán universalista o de neutralidad, perpetúan la invisibilidad de las necesidades y contribuciones diferentes de mujeres y hombres, y en consecuencia las desigualdades sociales en la salud. En este trabajo, los indicadores de sensibilidad de género, se utilizan para evaluar temas de fondo, que corresponden a una dimensión ética de derechos humanos que ya no se pueden negar después del compromiso asumido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000).

Se ha reconocido que el sistema de salud para las mujeres tiene una importancia estratégica. Desde la década del sesenta, el movimiento por la salud de las mujeres ha contribuido de manera significativa en el mejoramiento de los sistemas de salud. La demanda por la autodeterminación de la sexualidad y de los cuerpos femeninos proclamó los derechos sexuales y reproductivos, en Portugal y a nivel internacional, planteando nuevos conceptos de salud que reforzaron los cuidados primarios y la igualdad de oportunidades en todo el mundo. Las obligaciones del sector de la salud respecto de mejorar la calidad de vida de las personas y especialmente de las mujeres, son un compromiso asumido en a través del Programa de Acción Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994¹⁵ y la IV Conferencia Mundial de las Mujeres, en Beijing en 1995. Estos compromisos abordan el tema de la población vinculándolo al desarrollo humano, la protección del medio ambiente y el la condición de las mujeres, la equidad e igualdad de genero, entre otros.

Desde estos compromisos se asume que el acceso a la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, son cruciales para el progreso de las mujeres y humano en general. Desde ya, el enfoque tradicional de la planificación familiar se amplía al nuevo concepto de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en

¹⁵ En el Cairo se llegó por primera vez a un consenso sin paralelo en cuanto a política demográfica y se legitimó el discurso que enfatiza la relación entre desarrollo social-económico y la salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que reconoce la existencia de la discriminación que con base en el género padecen las mujeres, la situación de desventaja provocada por el menor poder de decisión y un acceso limitado a los recursos sociales, comunitarios y familiares (Iriarte, 2005)

todo ciclo de la vida (Iriarte, 2005). El nuevo enfoque de la salud reproductiva está basado en los derechos y para facilitar el ejercicio de estos derechos son indispensables las políticas y programas que disminuyan las desigualdades provocadas por las inequidades de género, y faciliten el acceso y la utilización de servicios de salud.

En la actualidad el concepto de *gender mainstreaming* desarrollado desde la agenda feminista, postula la integración del análisis de desigualdad de género transversalmente en todos los programas y las políticas sociales y de la salud. Las principales organizaciones internacionales han incorporado el *gender mainstreaming*: Naciones Unidas (1999) y la Unión Europea¹⁶ (Consejo de Europa, 1998) y la OMS que desde el año 2002, aconseja a todos los estados miembros integrar el enfoque de género en los sistemas de salud desde un doble objetivo, esto es para reducir las desigualdades sociales en salud y al mismo tiempo para mejorar la calidad y la eficiencia de los cuidados de salud.

La magnitud y las causas de las desigualdades observadas en la salud diferenciada de hombres y mujeres, han llevado a declarar como principio rector el conocimiento de las diferencias debidas al género. En el campo de la investigación científica más avanzada, The Global Forum for Health Research¹⁷ destaca que en el ámbito de las desigualdades sociales que afectan la salud, las políticas pueden tener un impacto diferente sobre mujeres y hombres; y, en consecuencia, ha enfatizado la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los programas de salud y a todos los niveles. En este sentido, la reforma del Estado en el sector sanitario, ha obviado el impacto que cada reforma produciría en la salud de los grupos más vulnerables y en la profundización de las inequidades de género.

Respecto a la situación general de la salud de la población en Portugal, este estudio considera algunas de las conclusiones elaboradas por los análisis y encuestas sociológicas nacionales, que indican que como muchos países de la región europea, la población portuguesa ha conseguido un relativo progreso general expresado en las mejores condiciones de vida y en el incesante desarrollo de medicinas que han

¹⁶ Véase Whitehead and Dahlgren (2006) *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Europe

¹⁷ Organismo que hace hincapié en el déficit de investigaciones y en la ausencia de recursos para la toma de decisiones en la salud pública Site web: <http://www.globalforumhealth.org/>

contribuido eficazmente a la disminución de las enfermedades y de la mortalidad (Cabral e Alcântara, 2009). Sin embargo, el estado de la salud continua dependiendo directamente de determinantes económicos y sociales y los hábitos de salud también constituyen un reflejo del nivel social y de la escolaridad, lo mismo sucede con algunas prácticas de clase, como el ejercicio físico entre otras.

En Portugal, la equidad en la salud se ve afectada negativamente por múltiples factores. Pese a la inversión pública en los cuidados primarios, la desigualdad en el acceso al Servicio Nacional de Saúde (SNS) se manifiesta principalmente en la persistencia de dos mecanismos, las “listas de espera” que provocan la fuga de los usuarios más ricos al sector privado, y la renuncia de los más pobres a determinados bienes de salud como medicamentos o prótesis luego que no son suficientemente cubiertos por el Estado (Cabral e Alcântara, 2009). La reestructuración de los servicios sanitarios, en función de conseguir la eficacia y al efectividad en la gestión del sistema, ha provocado el traspaso de las obligaciones del Estado al ámbito privado, castigando con pesadas cargas económicas y de salud principalmente a las familias y dentro de ellas a las mujeres que deben asumir obligaciones sociales y de cuidados¹⁸ (Perista e Silva, 2005; Cabral e Silva, 2009).

Si bien en las últimas décadas la mortalidad ha disminuido y aumentado la esperanza de vida de las personas en general, las desigualdades sociales en la salud lejos de disminuir, han aumentado¹⁹ debido a la menor mortalidad de las clases más favorecidas y como resultado, que ha establecido una distancia mayor entre los distintos grupos socio-económicos (Silva, 2002). Es así que en Portugal, la muerte precoz de los más pobres en comparación con la longevidad de los más ricos, es una evidencia infranqueable del conjunto de factores que determinan que la muerte llegue antes según

¹⁸ La falta de tiempo de las mujeres relacionada a esta sobrecarga de trabajo remunerado, doméstico, de los cuidados, se suma a la falta de condiciones de los servicios públicos de salud que disponen de horarios de funcionamiento no adecuados a las necesidades ni de hombres y ni de mujeres y entregan una atención despersonalizada y rápida (Perista e Silva, 2005).

¹⁹ El nivel de salud de un país se relaciona con la distribución de su riqueza y no tanto con el valor de esa misma riqueza (Chauvin, 1998, en Silva, 2002), desde ya, la esperanza de vida al nacer en los países que configuran la OCDE no está relacionado con el PNB pues la esperanza de vida es significativamente mayor en los países de Europa Occidental, donde no hay correlación a nivel de salud nacional entre el nivel de gastos y la organización del sistema de cuidados y de protección social, que por lo demás es aún más determinante .

la pertenencia a un grupo social jerarquizado (Cabral e Alcântara, 2009)²⁰. Estas diferencias de poder económico y estatus social se reflejan, por ejemplo, en la mayor mortalidad de niño/as antes de cumplir un año de vida hijo/as de madres sin instrucción comparado con la casi inexistente mortalidad de niños/as hijos de madres con estudios universitarios (Silva, 2002).

Otro dato que grafica algunos problemas de salud de la población portuguesa, son los altos niveles de embarazo no deseado y alto número de adolescentes embarazadas²¹, que ubican a este país como uno de los países con mayor presencia de este indicador en Europa (UNICEF, 2001), asimismo persisten los niveles de población de baja escolaridad y escasos ingresos con inadecuados cuidados de salud reproductiva y embarazos sin vigilancia (Ministério da Saúde, DGS, 2002). Portugal es el país europeo con la más elevada tasa de incidencia de sífilis neonatal²² (PNS 2004-2010, Vol. II, pág. 15) y las tasas por infección de VIH/SIDA son las mayores de Europa²³ verificándose una tendencia a aumentar entre las mujeres (Ministério da Saúde, DGS, 2002).

Los indicadores de calidad de vida y la esperanza de vida son superiores en las mujeres, pero estos datos presentan matices diferenciados según la pertenencia a distintos grupos sociales. La evidencia refleja que la sobrevivencia de las mujeres en relación a los hombres no significa vida sin enfermedades o de mejor calidad. Las últimas encuestas nacionales relativas a la autopercepción de la salud²⁴ en la población

²⁰ Como refiere Marmot (2007 en Cabral e Alcântara, 2009, pág. 25) el nivel de riqueza de un país no puede servir para explicar los indicadores de salud de sus habitantes, tanto como sus niveles de desigualdad social.

²¹ Los datos que registra la Direcção Geral de Saúde (DGS) al año 2001 ubica la tasa de nacimientos en mujeres adolescentes menores de 20 años en 5,9 por cada mil nacidos vivos. Véase PNS 2004-2010, Vol. I, pág. 54. Este indicador al año 2009 ha bajado a 4,2 por cada mil nacidos vivos, consultado en sitio web en octubre 2010: <http://www.acs.min-saude.pt/pns>

²² La tasa de incidencia de sífilis congénita al año 2001 en Portugal es de 21,0 por mil nacidos vivos, y la evolución de este indicador en los siguientes años ha sido inestable dada la baja notificación de nuevos casos. El mejor indicador a nivel europeo es de 0 por mil nacidos vivos y el año 2008 en Portugal se registra una tasa de incidencia de la sífilis congénita es de 14,1 por mil nacidos vivos. Véase Indicadores e Metas do PNS en sitio web consultado en octubre 2010: <http://www.acs.min-saude.pt/pns>

²³ La tasa de incidencia de SIDA en Portugal es una de las más altas en Europa y cada año mueren en Portugal cerca de mil personas debido al SIDA. Véase Programa nacional de Prevenção e Controlo da infecção VIH/SIDA, 2007-2010, Um Compromisso com o Futuro, disponible en www.sida.pt

²⁴ Los estudios sociológicos han considerado las encuestas de auto evaluación o autopercepción de la salud como un avance de las metodologías cualitativas en la valoración del dominio de las representaciones sociales, donde lo cultural opera, reconociendo que a partir de sus herramientas se

portuguesa, arrojan que las mujeres consideraron su estado de salud como “malo” o “muy malo” más frecuentemente que los hombres. El porcentaje de mujeres que consideró su estado de salud mala o muy mala es superior en las mujeres un 17,2% comparado a un 10,3% de los hombres, que expresan diferencias significativas entre regiones y entre estratos socioeconómicos (Inquéritos Nacionais de Saúde, INS, anos 1995/1996 y 1998/1999, en el PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 31).

El derecho a la salud reproductiva considerada como una dimensión crucial para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, es reforzada en la ley portuguesa²⁵ y la política oficial considera la planificación familiar como un derecho humano y una medida de salud, no un factor de política demográfica. El acceso a medios contraceptivos es una garantía de ámbito personal y/o conyugal, y los métodos son puestos a disposición así como el tratamiento de infertilidad (CIDM, 2004). La contracepción de emergencia y la interrupción voluntaria de gravidez (IVG), autorizada para los servicios públicos desde el año 2007²⁶, se ha traducido en que las cifras se han triplicado. Durante el año que entra en vigencia la nueva normativa se efectuaron legalmente 13.541 interrupciones voluntarias de embarazo. El año precedente, se calcula que fueron 4.325 IVG (INE, 2010).

En Portugal, el impacto de la urbanización, de la industrialización y de los servicios terciarizados de las últimas décadas, ha transformado a la sociedad portuguesa. De acuerdo al análisis de las autoras Silva e Alves (2003) las condiciones de vida de las personas y de las familias se modificaron drásticamente en el sentido de una mayor separación entre la vida familiar y la vida laboral. La situación de las mujeres en este escenario ha sufrido grandes cambios en términos de deberes y papeles sociales y estatuto social. Los principales transformaciones se relacionan con el casamiento más

accederá a una mejor comprensión de los modos de vivir la salud y la enfermedad. Si bien también son foco de críticas por limitarse a análisis del discurso y estar más interesadas en la dimensión cognitiva que en los procesos sociales (Fassin, 1992 en Silva e Alves, 2003).

²⁵ La *Constituição Portuguesa* afirma que le corresponde al Estado “garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes”. Existe además una Ley (Lei nº3/84) sobre *Educação Sexual e Planeamento Familiar*, para el encuadramiento legal que asigna a la *Comissão da Condição Feminina (CIDM)* la colaboración con otros servicios y asociaciones en acciones y campañas de divulgación de los métodos y medios de planificación familiar. Véase CIDM (2004).

²⁶ La Ley Nº16 del 2007 excluyó la ilegalidad de la interrupción voluntaria de gravidez efectuada en establecimientos de salud oficial u oficialmente reconocidos.

tardío, menor número de hijos, y una actividad profesional o laboral a tiempo entero en el mercado asalariado. También existe un número considerable de mujeres que viven solas, con hijos o hijas. Estos cambios se ven afectados por el tipo de habitación y equipamientos domésticos, la distancia entre la vivienda y el lugar de trabajo, los transportes públicos, y de manera especial la disposición y acceso a servicios de apoyo como creches, jardines infantiles, servicios sociales, etc.²⁷

Estas condiciones y transformaciones vienen afectando a las familias que residen en Portugal y dentro de ellas de manera especial a las mujeres, mas sobrecargadas con las tareas domésticas y el cuidado de menores, mayores y dependientes, lo que se traduce en un menor tiempo libre o de ocio, así como para intervenir en la vida cívica y política de la comunidad o del país (Silva e Alves, 2003). En términos de salud, estas desigualdades de género estructuran padrones diferenciados de salud.

De manera general, se refleja en una mejor salud de las mujeres comparada con los hombres, menor mortalidad a lo largo de la vida, y menor incidencia de enfermedades graves e incapacitantes. Nuevamente, comparado con los hombres y atribuida a una psicología condicionada socialmente, las mujeres tienen comportamientos de riesgo, mayor atención al cuidado del cuerpo y señales de malestar.

Sin embargo, el estudio sobre los factores que inciden en estas diferencias de la salud ha sido poco analizado en Portugal (Silva e Alves, 2003). Sólo en términos de datos desagregados por sexo, los registros en su mayoría no disponen de información para ambos sexos. Cuando estos datos existen, la recomendación es analizar en función de clases sociales. Esto es particularmente necesario en el caso de Portugal, que durante el presente año declarado por la Comisión Europea el Año Europeo de Combate a la Pobreza y la Exclusión Social, ya que este país se ubica entre los que tienen en Europa mayor índice de pobreza y exclusión social²⁸.

²⁷ Con base a registros institucionales, el trabajo de Silva e Alves (2003) resume en un cuadro los indicadores demográficos relativos a la situación en Portugal de las mujeres en diversos ámbitos comparando las diferencias porcentuales entre una década (hasta el año 1997) y este último año a nivel europeo. Se destacan las tendencias a bajar en la nupcialidad bajó, el número de hijos, aumenta el porcentaje de divorcios, la edad de casamiento. Aumenta la tasa de empleo, a tiempo completo y parcial, también el desempleo, disminuyen el casamiento católico y aumenta en gran medida el nivel de estudios secundarios.

²⁸ De acuerdo a la base de datos de Eurostat, en Portugal las personas que se encuentran en riesgo de pobreza y exclusión social alcanza en Portugal a un 18,5%. Este porcentaje es del año 2008 y es superior a la media europea (16,5%). Este indicador en las mujeres portuguesas llega al 19,1%

CAPITULO UNO: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1 Género, sexo y mujeres

El concepto de género, se refiere al significado social atribuido a la diferencia biológica entre los sexos varón y mujer. La distinción entre género como un concepto cultural y el sexo como un rasgo biológico, es reciente²⁹ y se circunscribe a un espacio de pensamiento y acción, el feminismo³⁰ (Ferreira, 2001; Esteban, 2003).

El feminismo, orientado por el objetivo implícito o explícito de modificar las condiciones sociales que perpetúan la subordinación y la exclusión de las mujeres, ha definido que el sexo, -particularmente en la actividad sanitaria de Occidente -, se relaciona a datos biológicos que se manifiestan en cromosomas, física y anatómicamente, y que sirven para clasificar a los individuos y grupos en hombres y mujeres. Sin embargo, la evidencia que ha relativizado la idea consensuada en torno a estos 'datos objetivos' del sexo³¹, ha llevado a la teoría feminista y social más avanzada a considerar que el sexo es también una construcción enmarcada en un contexto histórico y cultural concreto, específicamente la sociedad occidental a partir del siglo dieciocho (Laqueur, 1994, en Esteban, 2003). Con base a estas consideraciones, se entiende que las diferencias biológicas del sexo, son entidades que a lo largo del tiempo han incorporado nociones que interpretan o constituyen psicologías, estilos relacionales y funcionamientos sociales enmarcados en una cultura determinada (Silva e Alves, 2003).

De esta forma, el tipo de relación entre el género y el sexo, entre la dimensión

igualmente mayor que la media europea de las mujeres (17,5%). Este indicador se refiere a las personas cuyos ingresos son inferiores a la renta mínima nacional sin las prestaciones sociales Véase Ano Europeo do Combate á Pobreza e Exclusão Social, em Emprego Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades, em Comissão Europeia. Site web consultado em setembro del 2010: <http://www.2010againstopoverty.eu/?langid=pt>

²⁹ Esta distinción sucede a mediados del siglo veinte y en el ámbito del feminismo, que llama la atención sobre la construcción sociocultural de las diferencias sexuales. Pionera de esta denuncia es Simone Beauvoir (El segundo sexo, 1970) destacó el carácter no biológico de la condición social de las mujeres, así como las filósofas y científicas sociales de los años sesenta y setenta, entre ellas Joan Wallach Scott (Gender: A Useful Category of Historical Analysis, 1988) fueron precursoras de los temas de la mujer. Véase Ferreira, (2001)

³⁰ Esteban, Mari Luz (2003) aclara que hablar de género es hablar de feminismo, en el sentido de diferenciarse de aquellas líneas o estudios que no tienen una sensibilidad feminista, -sólo curiosidad científica,- aclaración necesaria para la normalización de los estudios de género.

³¹ En esta materia son referencia las obras de Thomas Laqueur *The making of the Modern Body Sexuality and Society in the Nineteenth Century* (1987) y *Making Sex, Body and gender from the greeks to Freud*, (1994).

cultural y biológica, pasa a ser dialéctica, en la cual el cuerpo deja de ser inalterable, es representación proveniente de la toma de conciencia sobre la identidad (Ferreira, 2001). El cambio del término, define el género ya no en sentido rígido e inmutable, sino como una articulación de factores biológicos y culturales situados en contexto y en transformación.

Durante la marcha de este debate teórico, el concepto de género fue denunciado por ahistórico y acrítico, con el agravante de configurar identidades cuando se le asocia directamente a lo masculino o lo femenino (Butler, 2007; Haraway, 1991 en Esteban, 2003). La comprobación de que las generalizaciones de lo masculino y femenino construyen identidad, lleva a la crítica por su carácter abusivo y discriminador. No existe la mujer, pero sí individuos de sexo femenino que se diferencian en clase, raza y cultura, entre otros aspectos que posibilitan una vivencia de la diferencia³² (Ferreira, 2001). El énfasis de la crítica teórica feminista, señala que las abstracciones universalizantes, son excluyentes en sociedades que aspiran a valorar y respetar la diferencia.

A partir de estos debates, la evolución del concepto de género que luego han adoptado los principales organismos de la salud³³, ha llevado a establecer que el género es sobre todo un concepto relacional, es decir “son las relaciones de género y sus cambios dentro de diferentes contextos las que nos deben preocupar, así como las diferencias en las realidades e intereses dentro de los colectivos masculinos y femeninos” (Esteban, 2003a, pág. 25).

La noción de género como una categoría de relaciones, lleva a la comprensión de que las sociedades se estructuran con base a sistemas de género, que son sistemas de poder complejos, con áreas que producen y configuran de prácticas sociales en las que está implicado el cuerpo, si bien no determinadamente, pero basada en relaciones sociales estructuradas (Esteban, 2003). Este abordaje teórico, supone asumir que los sistemas sociales son dinámicos, situados en espacios y tiempos concretos, donde las

³² “Não existe 'a mulher' mas sim indivíduos do sexo feminino que divergem entre si profundamente pela classe, raça, cultura e outros factores, responsáveis por uma vivência muito diferente do seu sexo” (Ferreira, 2001, pág. 50).

³³ Los organismos internacionales de la salud, como la OPS y la OMS, también se esfuerzan por aclarar que el género no es sinónimo de mujer, y que su objeto de estudio no son los hombres o las mujeres, sino las relaciones de desigualdad entre ambos en torno a la distribución del poder, esto es valorar su concepto de relacional (OPS/OMS, 1999).

relaciones entre las personas y los sexos cambian a su vez según variables materiales y simbólicas (Esteban, 2003).

La permanente revisión del concepto de género que ha cuestionado la categoría de mujer en tanto noción universal de lo femenino, ha representado un problema político para el feminismo, en la medida que como movimiento se edificó sobre la base de cierta identidad, de las mujeres³⁴ (Butler, 2007). Se ha entendido que el problema de una identidad femenina universal comporta la exclusión de las diferencias a nivel de clase, etnia, nacionalidad, edad, orientación sexual, entre otras, fundamentales en la realidad de las mujeres. La consiguiente omisión de estos estratificadores sociales, impide su articulación con el género. Finalmente, la centralidad puesta en el colectivo femenino, también ha dificultado la comprensión del género en su dimensión relacional, así como sus alcances en el análisis de contextos más amplios que permiten abordar las desigualdades al nivel del sistema estructural.

Desde el análisis antropológico feminista Esteban (2003), señala que abordar el cuerpo femenino como universal es una actitud habitual en el campo de la salud, que no tiene en cuenta que cada sociedad produce distintas formas de corporeidad, de subjetividad y de lenguaje para referirse a la experiencia corporal. Esta problemática se grafica y se ajusta para el análisis e intervenciones en el campo de la salud en el siguiente ejemplo: cuando se deniegan los derechos la categoría mujer involucra a todo lo femenino, sin embargo cuando se trata de ofrecer privilegios hay mujeres con prerrogativas sociales, vinculadas a la clase, la raza, la orientación heterosexual, que separan a las mujeres (Conboy, Medina y Stanbury, 1997 en Esteban, 2003).

La complejidad se refiere a la diversidad de hombres y de mujeres, dada las limitaciones que superan la mera voluntad. El pensamiento occidental del siglo veinte ha ocultado la diversidad tras el análisis y discursos hegemónicos (Esteban, 2003). Esta perspectiva hace referencia a Foucault (1926-1984) y su premisa de que la diferencia entre hombre y mujer es establecida por los discursos biológicos, fisiológicos, médicos y demográficos, es decir los cuerpos son significados por el saber/poder.

³⁴ En Butler (2007) la categoría de mujer como identidad constituye la estrategia unitaria que orienta los intereses, las metas, simboliza el sujeto político al que representa, .naciones que la autora identifica y problematiza en torno al pensamiento binario, la heterosexualidad, el deseo, el género, frente a las identidades y sexualidades diferentes, con recurso a los abordajes de Foucault y Monique Wittig.

La crítica feminista en la salud se ha desplegado en torno a dos ámbitos: el androcentrismo en la investigación, docencia y asistencia, y la medicalización de las mujeres. De manera general el androcentrismo ha sido considerado como un sesgo de la medicina occidental cuyas prácticas históricas se impusieron como afirmación de la verdad, con un discurso y un lenguaje que configuraron a las mujeres en su descripción y normas (Esteban, 2007; Ortiz Gómez, 2002; Pérez Sedeño, 2001). A un nivel macro y desde un enfoque de crítica cultural, se ha constatado que la medicina occidental, científica y alopática, ha terminado excluyendo cualquier otra alternativa. Desde este enfoque Esteban (2003) concluye que más que avance técnicos, la medicina occidental ha tenido que ver con estrategias corporativas llevadas durante los dos últimos siglos, donde entran los pactos burocráticos estatales que excluyen administrativa y jurídicamente cualquier otra alternativa.

Desde el análisis sociológico del poder médico sobre la vida, Carapinheiro (2005) reconoce que la institucionalización de la familia y de la infancia, durante el siglo diecinueve, constituyeron la primera condición para el despliegue de la medicalización de los individuos. El control sobre los individuos y la población, fue el encuadramiento necesario para la evolución del poder sobre la vida, indispensable para el éxito del capitalismo que dependía por un lado de la inserción controlada de los cuerpos en la máquina de producción y por otro, de los fenómenos de la población en el marco de los procesos económicos³⁵ Carapinheiro (2005) ha descrito el carácter de transición paradigmática que le corresponde a la edificación de la medicina científica y de la organización de las políticas de la salud durante el siglo diecinueve, que se traduce en la fuerte relación entre enfermedad, economía y política en busca de un cierto orden global que asegure orden, riqueza y salud.

La medicalización de la sociedad permite y sustenta un modelo biomédico, hegemónico y etnocéntrico, lo que supone control ideológico de la población a través de la regulación de los comportamientos de clase, la definición de enfermedad, de quienes

³⁵ Con base en las ideas de Michel Foucault (1963, 1975, 1980) y de Bryan Turner (1987, 1992) la autora explica que la evolución del poder sobre la vida se inscribe en los límites del cuerpo como máquina y como organismo, su administración y optimización quedan a cargo de las disciplinas científicas y sus tecnologías de poder, como la regulación de la especie humana, a través de la natalidad, la mortalidad, los niveles de salud, la esperanza de vida, esto es los métodos racionales de cálculo de la vida (Carapinheiro, 2005).

son asistibles y en qué condiciones (Esteban, 2003). Particularmente, la medicalización de las mujeres se ha llevado a cabo a través del control de procesos corporales y reproductivos, que ahora adquiere nuevos y viejos sentidos desde la biotecnología en auge³⁶.

En el análisis de las políticas de la población, la perspectiva feminista (Kabeer, 1998) ha identificado que las intervenciones en el plano de la reproducción y planificación, han funcionado como una negación de la opción y necesidades de las mujeres. La ausencia de los intereses de las mujeres en la configuración de la política de población ha sido una de sus características permanentes en todo el mundo: en algunos contextos las mujeres entran en los procesos políticos solo como clientas de los servicios de planificación familiar que continuamente violan los principios de los derechos humanos y de la opción reproductiva, en otros lugares se les niega la capacidad de reducir su fertilidad, basándose en principios de doctrina religiosa o porque se considera que como mejor se sirve al interés nacional es con regímenes de alto crecimiento demográfico (Kabeer, 1998).

Un tema que tiene importancia clave en los estudios de género en la salud, es el de las mujeres como responsables del cuidado. Las mujeres, son generalmente responsables de las tareas reproductivas y del cuidado a terceros, un esfuerzo no reconocido socialmente, pero fundamental en las políticas de la salud y los servicios de atención. El trabajo de Joaquim (2000) enfatiza que las mujeres son las protagonistas fundamentales de muchas políticas públicas, como la educación y la salud donde se ha postulado la importancia estratégica de incorporar la dimensión del género para reducir las desigualdades sociales existentes. La responsabilización de los cuidados asignada las mujeres deriva de la caracterización social diferente de los trabajos a realizar por los hombres y mujeres³⁷ y que atribuye a ellas una capacidad emocional que la ligan a estas

³⁶ Los enfoques en el ámbito de la medicalización femenina, constituye un ejemplo paradigmático que sirve en el abordaje de otros intentos en auge en el campo de la biotecnología humana, como la reproducción asistida y la clonación, en la medida que pueden representar nuevas situaciones de control social (Esteban, 2003).

³⁷ Estas socialización diferente se encuadran fundamentalmente de la división del trabajo según sexo, en el sistema de género donde se articulan dos dimensiones complementarias en lo económico: por un lado, asegurando la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce y es puesta en circulación (trabajo reproductivo) y, por el otro, condicionando las alternativas en el ámbito del trabajo remunerado (trabajo productivo). Véase Iriarte (2005).

tareas (Comas, 1993, en Esteban 2004).

Los cuidados de salud a cargo de las mujeres es considerado un tema de trascendencia social, en la medida que tienen como objetivo proporcionar bienestar psíquico, físico y emocional a las personas lo que representa un valor económico importante e implicaciones políticas notables (Finch, 1989 en Esteban, 2004). Actualmente, este tema constituye un problema que gana relevancia si se toman en cuenta los cambios demográficos, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, el aumento de las enfermedades crónicas e incapacitantes y particularmente los sanitarios de las últimas décadas, entre los que se destacan la desaparición o crisis del Estado de bienestar (Esteban, 2004). Diversas investigaciones han demostrado por un lado la relevancia numérica de los cuidados domésticos y por otro, la manera en que claramente el cuidado de las personas dependientes se sigue delegando a las familias, pero más precisamente a las mujeres. Se trata de una responsabilidad social invisibilizada y naturalizada que tiene como objetivo y consecuencia la continuidad de su ejecución por parte de las mujeres. Frente a esta problemática, los estudios de género en la salud han desarrollado planteamientos teóricos y políticos que giran en torno a reflexiones sobre cómo implicar a los hombres, y la valoración del trabajo conjunto con otros sectores de la administración estatal y de la sociedad (Esteban, 2004).

Desde los organismos internacionales de la salud se ha reconocido que las mujeres son la mayoría de los trabajadores de la salud con y sin remuneración, y que sin embargo al estar concentradas en los niveles inferiores de la fuerza laboral, tienen menor capacidad de influenciar en las políticas y en la toma de decisiones. Esta situación ha llevado a reforzar la necesidad de integrar la perspectiva de género en la salud en función de aumentar la participación de las mujeres en la definición de prioridades, planificación de soluciones, políticas y programas (OPS/OMS, 1999).

1.2 Salud y género, la problemática.

En los países desarrollados se ha evidenciado una mayor longevidad en las mujeres en comparación con los hombres. Los hombres comparativamente a las mujeres, en todas las edades presentan mayores tasas de mortalidad. Esta diferencia se constató

como una paradoja debido a la mayor morbilidad declarada de las mujeres, el mayor uso de servicios de salud y consumo de medicamentos, es decir frente a su peor salud a lo largo de la vida³⁸ (Silva e Alves, 2003). Al mismo tiempo, varios autores dan cuenta de que, la toma de decisiones basadas en línea epidemiológica es inicialmente sesgada para el género, principalmente para las mujeres (Doyal, 2003).

En este sentido, durante los últimos años, un creciente número de investigaciones viene reconociendo la importante interacción de los factores sociales con los biológicos en la explicación de los procesos de salud y enfermedad, tanto a nivel individual como de los patrones diferenciados de salud entre hombres y mujeres (Bird and Rieker, 2008). Estas investigaciones buscan dejar en claro que el género es un factor social de peso y que existe al mismo tiempo una variación sustancial de la salud entre las propias mujeres y entre los mismos hombres. Las variaciones dentro de la población femenina o masculina son importantes y se relacionan a ciertas condiciones sociales que no consiguen verse reflejadas en los indicadores cuando se limitan a desagregar datos según sexo.

La esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad desagregados únicamente por sexo, representan una tendencia que asocia las diferencias debidas al género al dato biológico, y no se articula con las diferencias existentes por clase social o raza (Sen et al., 2005; Bird and Rieker, 2008). Como consecuencia, las diferencias de salud se han traducido a la idea de ventajas y desventajas de un sexo sobre otro, lo que impide visualizar las desigualdades sociales o de poder y da primacía a los rasgos de la biología. Por ejemplo, los indicadores desagregados por sexo que omiten las variaciones según las variables de estratificación, han llevado a la referencia común de que las mujeres viven más que los hombres, que los hombres experimentan más enfermedades crónicas con riesgo fatal, que los trastornos mentales más comunes difieren según el sexo y son las mujeres las que presentan tasas más elevadas de depresión y ansiedad, mientras que los hombres tienen mayores tasas de abuso de sustancias y trastornos de conducta antisocial (Bird and Rieker, 2008).

³⁸ Hay que tener en cuenta que la investigación epidemiológica sobre la morbilidad diferencial por sexo, ha estado condicionada en gran medida por indicadores registrados en los servicios de salud, los que han sido considerados inadecuados para explicar los mecanismos que subsisten a esas diferencias (Silva e Alves, 2003).

Sin embargo, el dato biológico del sexo no se puede descartar como un sesgo en campo de la salud porque es una de las razones que explican las diferencias de la salud entre hombres y mujeres. Es evidente que las diferencias fisiológicas tienen consecuencias y constituyen una razón empírica en la justificación de su estudio y de la fundamentación ética de su consideración en las políticas y estrategias de salud³⁹ (OPS-OMS, 1999). En este sentido se ha establecido que “la ausencia de diferencias o la igualdad de género como tal no puede ser la base uniforme para la justicia de género en materia de salud. Además la igualdad de los resultados de salud puede, en algunos casos, ser un marcador de injusticia de género” (Gita Sen et. al., 2005, pág. 10).

Las variaciones de salud se mantienen entre hombres y mujeres a través de las jerarquías sociales, de clase y de raza, e incluso en sociedades donde la desigualdad económica no es tan marcada, subsisten las diferencias entre mujeres y hombres⁴⁰ (Sen et al., 2005). Las investigaciones coinciden que si bien las variaciones pueden no ser uniformes ni siempre avanzar en la misma dirección, las diferencias en la salud se manifiestan en una gradiente social cuyos extremos lo ocupan por un lado hombres ricos y blancos y por otro mujeres pobres y de color (Breen, 2002 en Sen et al., 2005).

Para el análisis con perspectiva de género, las contribuciones teóricas de los estudios de la salud de las mujeres se resumen, según Esteban (2007), en dos ejes temáticos de decisiva influencia que pueden servir de herramientas para el estudio de las dinámicas, procesos y programas de atención sanitaria de mujeres y hombres. Se trata de la naturalización social de las mujeres y la distinción de los conceptos de sexo y género.

La naturalización social de las mujeres, es definida por Esteban (2007) como la percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, pero sobre todo de ciertos cuerpos humanos, como las mujeres, los negros, homosexuales, etc., y que lleva implícita su marginación social argumentando razones biológicas que por ser tales anulan toda posibilidad de transgresión. En el caso de las mujeres, la

³⁹ Los organismos internacionales de la salud asumen que la equidad no es lo mismo que la igualdad, no toda desigualdad es considerada como inequidad. En la salud operacionalmente la equidad se traduce en la minimización de disparidades evitables y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Al respecto, véase Organización Panamericana de la Salud (1999) Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Equidad de Género en Salud.

⁴⁰ En Suecia un país reconocido por su mayor igualdad social, el riesgo de sufrir de depresión de mayor para mujeres (49%) que para hombres (28%). (Rorsman et al., 1990 en Sen et al. 2005).

naturalización supone teorizar o argumentar que las mujeres son responsables del cuidado de los menores y de los enfermos, labores o atribuciones representativas de la división sexual del trabajo⁴¹, justificada por una biología y una psicología diferente, que en último caso se relaciona siempre con la capacidad reproductiva de las mujeres.

Respecto a este punto, Esteban (2007) ha precisado que el determinismo biológico que naturaliza la función social de las mujeres en los límites de la división sexual del trabajo, es una fundamentación que surge en occidente dentro de la consolidación de un nuevo orden social que intentó presentar como natural la desigualdad y las jerarquías de la sociedad capitalista, burguesa y colonial. Lemkow (2002) ha referido que el determinismo o reduccionismo biológico se encuadra en la teoría de la evolución y en la noción de progreso, y representó la tendencia de biologizar lo político y lo social, esto es entender como natural o biológica la inferioridad de los pueblos de distinta raza y de aquellos países sin Estado o estructura política económica⁴².

La crítica feminista ha tenido como foco de análisis el ámbito científico y particularmente médico. Desde la filosofía, Pérez Sedeño (2001) aclara que tradicionalmente la ciencia ha tenido una relación problemática con las mujeres, pero particularmente los trabajos científicos de Darwin (1809-1882) contribuyeron a reforzar el sexismo, aquellos en los cuales abordó el dimorfismo sexual humano como un rasgo que mantiene a las mujeres en un grado inferior de desarrollo evolutivo. Con el concepto de mujer reproductora, los psiquiatras darwinistas elaboraron el modelo de conducta femenina, que debía limitarse a las actividades del hogar y al cuidado de los niños, enfermos y ancianos. Varias autoras distinguen este periodo en el que se reafirma la valorización de lo femenino en la tradición occidental y en los distintos espacios de la

⁴¹ Este fenómeno se basa en la separación de esferas doméstica y la productiva, cuyas actividades son asignadas a cada uno de los sexos, y diferencian la población activa de la no activa, donde el estatus de mujer trabajadora no corresponde a las mujeres que trabajan en el interior de sus casas. Este fenómeno pertenece a la afirmación de la mentalidad burguesa que fomentó la domesticidad y la maternidad durante la consolidación de la familia nuclear moderna en el desarrollo de la sociedad industrial y de las ciudades urbanas, (Pinto, 2008)

⁴² La teoría de la evolución provocó un impacto no sólo en las ciencias de la naturaleza, también ésta fue abrazada en la esfera de lo social: denominada determinismo o reduccionismo biológico, la tendencia a biologizar lo político y lo social utilizando las premisas darwinianas sirvió para asumir como natural o biológica la inferioridad de los pueblos de distinta raza y aquellos sin Estado ni estructura política económica; Véase Louis Lemkow, (2002)-

vida, que finalmente se conserva y se utilizan para su exclusión (Pinto, en Henríquez, 2008; Scott, 1994).

Por su parte, Ortiz (2002) describe que la incorporación de valores sociales a los cuerpos implicó particularmente a la medicina, que utiliza las diferencias reconocidas en los genitales como indicadores para las ocupaciones diversas de cada sexo. El enfoque androcéntrico del conocimiento científico en un primer momento desarrolló la concepción isomórfica de los cuerpos - que homologaba los órganos genitales los cuales variaban según el grado de perfección en relación al patrón masculino- y que estuvo presente por lo menos hasta el siglo dieciocho. Superada la noción de semejanza, nuevamente son resignificados el cuerpo y la sexualidad esta vez para reafirmarse en las diferencias y justificar las desigualdades entre los sexos en el plano social y cultural (Ortiz, 2002).

Desde la sociología, Bourdieu (1999)⁴³ enfocó la construcción social de lo natural desde las diferencias visibles entre los cuerpos femenino y masculino, de acuerdo con los esquemas prácticos de una visión androcéntrica, que define lo biológico, el cuerpo, sus costumbres y sus funciones. Siempre en último término es, “la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos” (Bourdieu, 1989, pág. 37). En este campo, la producción intelectual feminista es profusa en la elaboración de un análisis crítico a la primacía de la razón y a la concepción androcéntrica de la humanidad (Fox Keller, 1991; Harding, 1996).

El uso equivocado del término sexo/género en la salud, constituye una de las consecuencias concretas del desconocimiento de los estudios de género en la ciencia en general. Es común la utilización incorrecta del concepto de género asociado a mujeres o sustituyendo el término sexo. En este último caso, es usual que los trabajos o estudios que desagregan los datos o muestras por sexo (hombres y mujeres) sean identificados como relativos al género. Los datos desagregados por sexo son necesarios y fundamentales para los análisis, pero se trata de diferencias sexuales y no genéricas.

⁴³ Las estructuras históricas del orden masculino presentes en los esquemas de percepción y apreciación, en los modos de pensamiento, en la objetivación científica (Bourdieu, 1999). La ciencia, junto con los mitos, la religión, la lengua y el arte, como uno de los diferentes universos simbólicos, instrumentos de conocimiento y de construcción del mundo de los objetos, y de esta manera como sistemas simbólicamente activos (Bourdieu, 1989).

Cuando se presentan datos por sexo no se puede hacer referencia al género, porque impide la comprensión del género como una construcción social de las diferencias y las desigualdades, esto es como una categoría de relaciones de poder (Maquieira, 2001, en Esteban 2007).

Los organismos internacionales de la salud, señalan que la equivalencia del género a la categoría sexo (mujer y hombre) constituye un sesgo, que tiene como consecuencia una errada comprensión del género, que omite la organización de la vida y la división sexual del trabajo en torno a relaciones de poder y una distribución desigual de recursos dentro de una sociedad jerarquizada (OPS/OMS, 1999).

En el sector de la salud, separar radicalmente hombres y mujeres redundaría en una visión diferencialista, un esquema conceptual donde la consideración de los principales factores de estratificación - género, clase social, etnia, edad-, se operacionalizan en la práctica de una manera consecutiva, secuencial y no simultánea, contribuyendo a la interiorización por parte de mujeres y de hombres de una supuesta diferencia entre los sexos que omite experiencias cotidianas y diversas (Esteban, 2003). La clase social se tiene en cuenta de manera separada, cuando en los grupos sociales más deprimidos, la conjunción de variables como sexo/género, clase y etnia es fundamental para entender el proceso de exclusión, comúnmente los grupos marginales son adolescentes, mujeres pobres, población inmigrante extranjera. En el campo de las ciencias sociales, la equivalencia del término género a sexo conduce a una interpretación determinista, esencialista y naturalizadora de las mujeres, desviación que en el ámbito de la salud se ve facilitada debido a la clásica formación biomédica que se imparte entre los profesionales de la medicina y enfermería, limitaciones específicas por su enculturación en una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud (Esteban, 2007).

1.3 Los problemas de la salud pública en perspectiva de género

Las desigualdades en la salud, han llevado al planteamiento de la equidad de género en la salud, interpretado como la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres (OPS/OMS 1999). En este sentido, la perspectiva de género se ha mostrado útil para el reconocimiento y el estudio de cuatro ámbitos en la salud: el impacto del género al nivel del estado y los determinantes de la salud para

hombres y mujeres, los obstáculos en el acceso a los servicios y recursos de la salud, el impacto de las políticas y programas de salud, y por último la distribución del poder y remuneración (reconocimiento) del trabajo en el sector de la salud y de los cuidados domésticos (OPS/OMS, 1999).

La perspectiva de género implica vincular la distribución del poder y el trabajo entre las mujeres y hombres a sus perfiles epidemiológicos (OPS/OMS, 1999). Desde ya las diferencias manifestadas en la salud de mujeres y hombres se ubican en tres niveles de desajuste: los riesgos de salud y las oportunidades para gozar de salud, las necesidades de salud y el acceso a los recursos, y por último las responsabilidades y poder en el trabajo de salud (OPS/OMS, 1999). Estas diferencias dependen en último término de la función reproductiva que distingue a las mujeres respecto de los hombres, lo que hace enfrentar más riesgos y responsabilidades a las mujeres y en contrapartida contar con menos oportunidades.

El enfoque feminista y de género en la salud, ha demostrado un notable avance en la investigación, que ha pasado desde el estudio concreto de las diferencias de salud entre hombres y mujeres, - del proceso de la salud y la enfermedad así como de atención-, al examen de procesos económicos y políticos globales de la mayor trascendencia. En el caso de Europa se asiste a una significativa transformación debido a los cambios demográficos, el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas, los modelos sanitarios, la actual situación laboral y social de las mujeres, y las transformaciones en las formas de convivencia.

En este escenario donde se configuran las diversas dinámicas y prácticas de la salud, - muchas veces en contradicción-, las instituciones públicas implementan políticas de importancia trascendental para las relaciones de género, la familia y el trabajo. Concretamente en Portugal, la re estructuración de los servicios sanitarios, ha provocado el traspaso de las obligaciones del Estado al ámbito privado, castigando con pesadas cargas económicas y de salud a las familias y dentro de ellas a las mujeres que deben asumir obligaciones sociales y de cuidados (Perista e Silva, 2005; Cabral e Alcântara, 2009). La falta de tiempo de las mujeres relacionada a esta sobrecarga de trabajo remunerado, doméstico, de los cuidados, se suma a la falta de condiciones de los servicios públicos de salud que disponen de horarios de funcionamiento no adecuados a

las necesidades ni de hombres y ni de mujeres y entregan una atención despersonalizada y rápida (Perista e Silva, 2005).

A nivel global, la serie de reformas que la globalización ha impuesto al Estado han restringido su capacidad de ocuparse de las necesidades de la ciudadanía que hasta hace poco asumía. El Estado providencia⁴⁴ correspondiente a los países más desarrolladas ha sido objeto de una permanente caracterización con base a la comparación de sus rasgos y la clasificación por naciones. De esta manera, se han establecido tipologías de Estado providencia que desencadenan debates y profundizan abordajes⁴⁵.

El análisis desde la investigación feminista, ha criticado la preponderancia de la relación estado-mercado y del padrón del trabajador masculino proveedor de la familia, como un enfoque que omite la existencia de la familia en tanto productor de bienes y servicios de bienestar social, y dentro de ella el problema de la independencia de las mujeres (Sainsbury, 1994 en Borchorst, 2000). La ubicación en el centro de variables como la familia, la estratificación sexual, el acceso al trabajo remunerado, la posibilidad de formación de integrantes de la familia autónomos, esto es la oportunidad de independencia de las mujeres para poder sustentar a sus hijos sin tener que casarse o depender de un proveedor masculino⁴⁶, son variables que configuran un nuevo modelo

⁴⁴ El Estado providencia representativo del modelo social europeo, en el terreno específico de la salud se tradujo en el acceso a los cuidados definidos según determinados modelos de financiamiento, el modelo alemán de Bismarck del seguro de enfermedad que da cuenta de importantes limitaciones por constituir un impuesto sobre el trabajo y establecer una diferencia entre el mundo del trabajo y quienes se situaban fuera de él, surge en Alemania en 1883, en el Reino Unido en 1911 y en los países del sur europeo como Portugal, España, Italia y Grecia es adoptado durante la década de los años 30 y 40. El modelo de Beveridge, que financia la protección social a partir de la totalidad de la riqueza del país y no solo del trabajo asalariado, en este modelo el presupuesto del Estado es uno de los pilares del Sistema Nacional de Salud, está representado por el NHS inglés que surgió en 1848, en Italia en 1978, en Portugal en 1979, en Grecia en 1983 y en España en 1986.

⁴⁵ La teoría de Esping-Andersen (1990) en torno a los tres tipos de Estado providencia que agrupa una lista de naciones de acuerdo a tres regímenes de Estado providencia, respectivamente el liberal, socialdemócrata y el conservador. Desde ya, este abordaje en la perspectiva de la historia de la sociedad capitalista post industrial, asume el fenómeno del Estado providencia – definido a partir del peso del mercado, el estado y la familia, -, como un sistema de organización, integración y estratificación social. Esta teoría de los recursos de Esping-Andersen (1990) ha sido criticada en la medida que aglomera demasiados países muy diferentes entre sí. Véase Borchorst, (2000).

⁴⁶ La teoría de Esping-Andersen (1990) desarrolla la noción de independencia del mercado pero con base al modelo del proveedor masculino. El análisis feminista de Orloff (1993 en Borchorst, 2000) agrega la idea de independencia en relación a los hombres y al casamiento.

de clasificación de Estados providencia (Ostner e Lewis, 1995 en Borchorst, 2000)⁴⁷.

Respecto de los efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres, Iriarte (2005) detalla una lista que enfatiza las diferentes necesidades de atención, los distintos riesgos asociados a las actividades consideradas como masculinas o femeninas, las diferentes percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad, las distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención, las desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos. Si bien se trata de efectos que tienen consecuencias sobre hombres y mujeres, los comportamientos generados y aprendidos en el proceso de socialización afectan más a las mujeres debido a la profundidad y significado de la desigualdad de género.

De esta manera, Luciano (1998) refiere que los perfiles epidemiológicos son expresión de esos comportamientos y tienen lugar en un escenario de transformaciones, que si bien hace semejantes a hombres y mujeres, ello no significa necesariamente una manifestación de equidad.

Respecto a los cambios de funciones y papeles del Estado surgidos en la década de los noventa, Luciano (1998) apunta que los límites del Estado y sus esferas de acción, se han reducido a la regulación de intervenciones entre actores privados y grupos prioritarios. Las reformas de las políticas sociales, se organizan de manera funcional a las políticas macroeconómicas, que articulan de manera explícita con medidas económicas que afectan el consumo y la inversión. En este sentido, el sector de la salud es una área relevante para la absorción de mano de obra, para la producción y el consumo de bienes y servicios (Luciano, 1998).

Las reformas de salud son un proceso generalizado en muchos países. Las

⁴⁷ Es el caso del modelo preliminar de Ostner e Lewis, 1995 (en Borchorst, 2000), que clasifica los países de Europa occidental según el peso de las variables recién mencionadas en fuertes, moderados o débiles. El modelo fuerte es aquel en que prima la responsabilidad del salario masculino y el trabajo doméstico de las mujeres encargadas del cuidado, es donde claramente se identifican espacios separados, de lo público y lo privado, de este modelo son ejemplos Gran Bretaña, Alemania e Holanda. Moderado, es aquel régimen de Estado providencia en que las mujeres son reconocidas como madres y trabajadoras, correspondiente a la situación de Francia. El modelo débil es aquel donde no es posible identificar la dicotomía de lo público y lo privado y es representativo de los países nórdicos como Suecia. Si bien los países nórdicos presentan matices de diferencia entre ellos, la autora establece 5 perfiles de regímenes basados en factores relacionados con el grado de expansión del estado a través de servicios públicos, la institucionalización de las cuestiones relativas a las relaciones sociales de sexo, la integración en el mercado laboral y en la política. Suecia lidera la clasificación en todas las dimensiones, y representa el primer perfil, le siguen el perfil dinamarqués, el perfil noruego, el perfil finlandés y el perfil islandés (Borchorst, 2000).

propuestas de políticas de salud están determinadas en gran medida por una agenda internacional que la fomenta como una prioridad, enfatizando los problemas estructurales de los sistemas de salud, como la asignación de recursos, la ineficiencia del gasto sectorial, la explosión de los costos. Estas limitaciones estructurales del sistema, son resueltas con políticas de salud que postulan estrategias, como por ejemplo, fomentar entornos que permitan mejorar la salud de las familias, concentrar los recursos y la atención para compensar los defectos del mercado, financiando servicios que benefician particularmente a los pobres, esto es concentrar el financiamiento en un conjunto de servicios esenciales definidos a nivel nacional. Lo anterior, conlleva que el resto de la asistencia sea financiada privadamente o mediante seguros sociales (Luciano, 1998).

Estas propuestas definen la agenda de las reformas de salud en marcha y el discurso se centra en el costo, es decir en el carácter cuantitativo de las necesidades, que por lo demás empobrece los debates. Luciano (2008), explica que las necesidades de la población son entendidas como categorías universales y homogéneas pero dependientes del nivel de ingreso⁴⁸ y agrega “Cuando la satisfacción de necesidades de salud es visualizada como un conjunto de productos de servicios de salud, se le niega su estatuto político, colocando las necesidades como hechos dados, y no como problemáticas que se reelaboran en una red de relaciones condicionadas” (Luciano, 1998, pág. 37). En este sentido la selección de grupos prioritarios, como los mas pobres, también da centralidad a la capacidad de pago y representa un sesgo universalista que se basa en el poder adquisitivo, que distribuye recursos de manera homogénea como si las necesidades estuviesen distribuidas también homogéneamente (Luciano, 1998).

1.4 Movimiento de la salud de las mujeres y las políticas de salud

En Portugal, la moralidad salazarista se vio prolongada más allá del 25 de Abril de 1974, pese a los cambios producidos nivel internacional⁴⁹, relativos a la

⁴⁸ El predominio del discurso basado en el acceso a determinada cantidad y calidad de bienes y servicios en salud, ha desplazado el debate sobre la salud como un derecho humano. Lo anterior es grave, en la medida que el derecho a la salud queda reducido al acceso a servicios según capacidad de pago, y las leyes de mercado y la globalización asumen que la circulación de bienes y servicios tendrá el mismo efecto y resultado para hombres y mujeres (Luciano, 1998).

⁴⁹ Las organizaciones internacionales comienzan a incluir las cuestiones relativas a las mujeres: la

consolidación del feminismo que comienza a contestar el discurso naturalista sobre la sexualidad y el modelo impuesto a las mujeres en la familia, en la calle y en el trabajo, así como las opresiones económicas, sociales y sexuales⁵⁰ (Magalhães, 1998). En Portugal, sin embargo, asuntos como la violencia sobre las mujeres, las sexualidades, la contracepción y el aborto, - problemáticas fundamentales para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres-, no fueron una prioridad a la caída del régimen salazarista⁵¹.

Sin embargo, se constituyeron en temas que hicieron resurgir el movimiento feminista portugués, configurando una etapa de las más significativas de su actividad política que más tarde se concentraría en torno a la campaña por los derechos reproductivos (Magalhães, 1998). La lucha por el aborto y la contracepción libre, se convirtió en un movimiento social consolidado en torno a la campaña por los derechos reproductivos y el derecho de las mujeres a la salud y de denuncia del aborto clandestino como un problema de salud pública⁵² (Magalhães, 1998; Tavares, 2007).

En 1977 la solicitud a la *Assembléia da República* para la alteración del Código Penal de 1886 que criminalizaba el aborto, cuando dos mil mujeres morían en Portugal por la práctica del aborto clandestino y unas cien mil abortaban en forma ilegal e

Organización de las Naciones Unidas, ONU, creó en 1946 la Comisión de las Mujeres de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, OIT, fue la primera institución en formular en 1959 la no discriminación y la igualdad de remuneración, la ONU en 1967 aprobó la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación, CEDAW, e instituyó el año 1975 como el Año Internacional de la Mujer. Para una historia de las corrientes en el feminismo. Véase Carvahlo (2003).

⁵⁰ Los movimientos feministas comienzan a consolidarse al final de la década del sesenta y a instalar temas como la alteridad, la diferencia sexual, la opresión cultural de las mujeres en una la dimensión política que entorna la lucha por la liberación sexual de las mujeres, el derecho a la contracepción y el aborto. En Portugal, en 1972 la publicación de la obra colectiva *As Novas Cartas Portuguesas* de Maria Teresa Horta, Maria Isabel Barreno y Maria Velho da Costa -popularmente conocidas como *Três Marias*- criticó con dureza el matrimonio, las relaciones sexuales y la posición de las mujeres, siendo censurada y sus autoras perseguidas por la policía del régimen, enfrentando un juicio que suscitó la solidaridad internacional, representa un referente ineludible del movimiento feminista portugués de inicios de la década del setenta. Véase Magalhães (1998).

⁵¹ La falta de vinculación entre las reivindicaciones más generales del movimiento popular y los derechos de las mujeres durante el proceso revolucionario, tuvo su origen en dos razones: la preeminencia del derecho a la habitación, al empleo, a la salud y la educación, y el menosprecio en la vanguardia de los movimientos sociales hacia las cuestiones de género en la sociedad, remitiéndolas para un plano secundario debido a una visión limitada sobre el feminismo y a la demanda de derechos para las mujeres, entre ellas la despenalización del aborto o el combate de las situaciones de violencia doméstica. Véase Tavares, (2007).

⁵² El movimiento en torno a la *Campanha Nacional pelo Aborto e Contracepção* fue integrado por movimientos como la *União de Mulheres Alternativa e Resposta*, UMAR y al *Movimento Democrático de Mulheres*, MDM (Tavares, 2007).

insegura. Estos datos acompañaban la denuncia alarmante de que “a lei era criminoso. O aborto clandestino humilhava e traumatizava as mulheres”. (Tavares, 2007, pág. 297). De este modo, la despenalización del aborto derivó en un problema de salud pública que luego incluyó consideraciones de tipo socioeconómica, dando pie a discursos moralistas y religiosos⁵³ que refieren las prácticas abortivas como una llaga social vinculada a la pobreza, en detrimento de la idea defendida por el feminismo respectiva al derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo no deseado. El discurso del aborto como flagelo social y como grave problema de salud pública, prevaleció en el debate que antecedió a la aprobación de la *Lei 6/84* de despenalización de algunas situaciones de aborto (Tavares, 2007).

En las campañas que abogaron por la interrupción voluntaria del embarazo del referéndum nacional del año 1998, no es conseguida la mayoría necesaria para superar la opción contraria, representada por la Iglesia Católica y los movimientos contra la legalización del aborto. Pero, los efectos secundarios del debate público son importantes en la medida que se instala la defensa amplia de la planificación familiar y la educación sexual como formas principales para la prevención de los embarazos no deseados, y se presiona por que los centros de salud agilicen la atención a nivel de la salud sexual y reproductiva⁵⁴ (Almeida, 2004).

Finalmente, el segundo proceso de consulta del año 2007, se centra en la despenalización del aborto para las mujeres que optan por interrumpir un embarazo, de esta forma el referéndum se ciñó a la siguiente pregunta “Concorda que deixe de constituir um crime o aborto realizado nas primeiras dez semanas de gravidez, como o consentimento da mulher, em estabelecimento legal de saúde?” (Tavares, 2007, pág. 301). Ya la salud y los derechos sexuales y reproductivos habían sido reconocidos por primera vez en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población

⁵³ El discurso basado en las razones socioeconómicas se demostró frágil frente a los argumentos de la Iglesia, que tomó ventaja diluyendo el problema como un asunto del Estado por políticas de habitación, salud, empleo y seguridad que favorecieran las condiciones de las familias para tener hijos (Tavares, 2007).

⁵⁴ Para la evaluación de los errores y los aciertos durante las campañas en torno al referéndum Véase Almeida (2004.). De acuerdo a Tavares (2007), un nuevo referéndum es admitido luego de la imagen de incivilización suscitada por los juicios a decenas de mujeres frente a los tribunales – en un Portugal con aspiraciones de modernidad en la región europea –, y tras la petición ciudadana se convoca el referéndum del año 2007, en el que finalmente fue alcanzado el apoyo necesario para modificar la Ley.

y Desarrollo en el Cairo (1994) y ampliados posteriormente en la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995). En Portugal, el derecho a la planificación familiar es también consagrado en la Constitución de la República de 1976, iniciando un período de cambios en el sentido de un acceso generalizado a la contracepción, particularmente de las mujeres más jóvenes⁵⁵ (Almeida, 2004).

A nivel global, el renacer de los movimientos feministas y por la salud de las mujeres durante la década de sesenta y setenta, representó una contribución decisiva a la modernización del sector de la salud (Kuhlmann, 2009). En muchos países⁵⁶, la acción de las políticas de la población y los programas de planificación familiar, desconocían los derechos de las mujeres, relativos a la decisión de tener o no tener descendencia, acceso a la información necesaria y servicios de salud disponibles⁵⁷ (Barbieri, 1999). En la década del ochenta, la salud de las mujeres configuró un amplio movimiento internacional dedicado a investigar los procesos de salud y enfermedad femeninos, la creación de servicios de salud reproductiva y sexual y el análisis crítico de los planes, programas y políticas estatales, así como líneas de orientación jurídica para dar estatus político a los derechos reproductivos y luego su reconocimiento como una necesidad política (Barbieri, 1999).

Este movimiento internacional potenció acuerdos de ámbito internacional que definieron explícitamente el derecho a la salud y los derechos reproductivos, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo⁵⁸ (1994) y, posteriormente la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Pekin

⁵⁵ Con financiamiento del Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUP), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del Banco Mundial, principales agencias mundiales que apoyan estos proyectos. Véase Almeida (2004) .

⁵⁶ En muchos países mas principalmente en el Tercer Mundo, se recetaban métodos hormonales sin criterios, se colocaban dispositivos intrauterinos y se realizaban esterilizaciones sin información ni consentimiento, malos tratos, carencias, y deficiencias en los servicios, pruebas experimentales de anticonceptivos, penalización del aborto, pasando por alto las normativas internacionales (Barbieri, 1999).

⁵⁷ Reafirmados en los acuerdos internacionales de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos convocada por Naciones Unidas en 1968 en Teherán, La Conferencia Internacional de Población de Bucarest en 1974 y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres CEDAW aprobada por Naciones Unidas en 1979.

⁵⁸ En el Cairo se llegó por primera vez a un consenso sin paralelo en cuanto a política demográfica, en torno al discurso que legitima la relación entre desarrollo social y económico y la salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que reconoce la existencia de la discriminación que con base en el género padecen las mujeres, la situación de desventaja provocada por el menor poder de decisión y un acceso limitado a los recursos sociales, comunitarios y familiares (Iriarte, 2005).

(1995). El movimiento por la liberación de las mujeres, orientado por la demanda en torno a la autodeterminación de la sexualidad y de los cuerpos femeninos, puso en tela de juicio la bio-medicina y el sistema de salud y se manifestó en la acción política y el reclamo de los derechos reproductivos de las mujeres. La reforma de los sistemas de salud durante la década del sesenta y setenta, especialmente de los cuidados primarios se vio fortalecido con la dinámica del movimiento por la salud de las mujeres que como una plataforma a nivel internacional, reclamó cambios estructurales y planteó nuevos conceptos de salud (Kuhlmann, 2009).

El sistema de salud y la salud de las mujeres adquirieron una importancia estratégica tanto para la liberación de las mujeres como para su opresión, lo que se tradujo en el desarrollo de debates teóricos y feministas al nivel de que la noción estable y universal de mujer posibilitara la acción política de cierto grupo de ellas, blancas, bien educadas y de clase alta (Kuhlmann, 2009). El análisis de la salud de las mujeres desde el feminismo, dio cuenta de los problemas del abordaje no diferenciado de las mujeres, luego las diferencias sexuales, sociales, étnicas entre las mujeres, produjeron una diversidad de enfoques para el análisis (Haraway, 1997 en Kuhlmann, 2009). Fueron muchos los cambios potenciados a través de las acciones feministas. Sin embargo el legado del poder bio médico y los prejuicios y sesgos de género en la salud y en los sistemas de salud, constituyen una batalla pendiente.

En la actualidad el concepto de *mainstreaming* de género, desarrollado desde la agenda feminista representa nuevas opciones al tiempo que limitaciones en el campo de la salud. A través de este enfoque, la desigualdad de género pasó de ser un problema de las mujeres a una preocupación de la sociedad, y su integración es recomendada por los principales organismos de la salud para todos los programas y todas las políticas⁵⁹. Actualmente el género es asignado a una doble perspectiva, como un abordaje para reducir las desigualdades sociales en salud y al mismo tiempo para mejorar la calidad y la eficiencia de los cuidados de salud. Este último aspecto es relacionado con las herramientas de gestión económica, y la alianza entre las cuestiones de género con la introducción del gerencialismo y de gobernanación clínica que representan los nuevos órganos reguladores de la salud pública, lo que conlleva nuevos riesgos y oportunidades

⁵⁹ La OMS en el año 2002, Naciones Unidas en 1999, la Unión Europea en 1998.

para el análisis (Kuhlmann, 2009).

En las últimas décadas, el movimiento de mujeres a nivel internacional, ha evidenciado las implicaciones de género en las estrategias políticas de salud: agendas que buscan controlar la capacidad reproductiva de las mujeres asociado a la reducción de la pobreza y el impacto de las políticas de ajuste con consecuencias específicas en la salud de las mujeres, tales como aumento de la sobrecarga de funciones productivas y reproductivas, aumento de la morbilidad causada por la pobreza, aumento de los problemas en el trabajo remunerado, entre otros (Luciano, 1998).

En general, el movimiento de la salud de las mujeres, ha rechazado que las formulaciones de las reformas sean neutras para el género. La reducción de costos, la eficiencia, la descentralización generalmente esconden sesgos de género. La política de financiación de la atención de acuerdo con la capacidad económica desestima las necesidades o riesgos diferentes e implica que las mujeres deben pagar un costo mayor por razones ligadas a la biología, la reproducción, la mayor morbilidad y la mayor esperanza de vida que evidencian (Iriarte, 2005).

Las organizaciones internacionales que abordan la equidad de género en el campo de la salud, han definido ámbitos para el estudio o la intervención, a través de la propuesta de indicadores que contribuyen a la identificación del estado de la cuestión. Éstas son la situación de la salud, la atención de la salud y la gestión de la salud (OPS/OMS 2004).

Desde los análisis de género y salud, se ha establecido que la articulación de la equidad de género en la salud integra dimensiones de cierta complejidad. Por un lado la promoción de la equidad de género como una práctica transversal a cualquier trabajo o acción política, y por otro la promoción y protección de la salud, dos dimensiones cuya interacción precisa de abordajes interdisciplinarios y participativos (Observatorio de Salud de la Mujer-OSM, 2005). Cuando las leyes establecen los marcos para la formulación política sanitaria, configuran los planes de salud, mecanismos que articulan la política de salud, incluidos los principios, valores, objetivos y acciones a desarrollar durante un periodo de tiempo, a su vez definen los que se consideran problema de salud y su priorización. Los estudios de los planes de salud pueden ser analizados en su formulación, en su implementación y en su evaluación (Observatorio de Salud de la

Mujer-OSM, 2005).

El cuestionario guía que es utilizado para medir la sensibilidad de género en el plan de salud portugués (Peiró, et.al, 2004), es un recurso metodológico diseñado en una investigación que examinó y comparó los planes de salud de las comunidades autónomas de España para analizar la integración del género en la formulación de los planes de salud. Este cuestionario, luego ha sido utilizado en el marco de otra investigación que compara planes de salud a nivel continental⁶⁰. Para el estudio español, los resultados mostraron importantes diferencias entre los planes de las comunidades autónomas, en cuanto al nivel de sensibilidad de género y la inclusión de objetivos y acciones que apuntasen para la equidad de género, finalmente posibilitó conclusiones y recomendaciones para su inclusión en la formulación de las políticas enfocados⁶¹.

Una de las ventajas de este Cuestionario Guía de sensibilidad de género (Peiró, et.al, 2004) es que dispone de indicadores para asignar a cada una de las partes identificadas en el plan de salud, así como ámbito de salud priorizado. En ellos busca la ausencia de datos desagregados por sexo y la propuesta de objetivos y acciones para reducir las desigualdades debidas al género. Por tanto, y como veremos en el capítulo tercero, a través de su aplicación se puede obtener una visión general y a la vez por parte del plan en su estructura.

⁶⁰ De acuerdo a conversaciones con Rosana Peiró, esta investigación se encuentra suspendida, y en principio incluye el plan portugués del periodo 2004-2010.

⁶¹ Véase Rosana Peiró, Nieves Ramón, Carlos Álvarez-Dardet, Concha Colomer, Carmela Moya, Carme Borrell, Antoni Plasència, Eduardo Zafra, María Isabel Pasarín (2004) "Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue" en *Gaceta Sanitaria*; 18(Supl 2):36-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500006&script=sci_arttext

CAPITULO DOS: CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.1 Trazos de la asistencia y del bienestar en femenino

Durante siglos ligada estrechamente a instituciones de carácter piadoso, la asistencia en Portugal fue un terreno determinante para el fortalecimiento del Estado Moderno. La protección y el control de la población frente a las catastróficas epidemias de peste negra, llevaron a finales del siglo quince en Portugal a configurar una matriz de carácter nacional a través de la reforma de los hospitales y la fundación de las *Santas Casas de Misericórdia*⁶² (Abreu, 2007). Esta reorganización nacional, definió responsabilidades y ámbitos de intervención donde ganaron preponderancia la Iglesia y los municipios⁶³ (Abreu, 2004). A nivel local, la convergencia de capacidades y prácticas propiciaron nuevas formas de asistencia sanitaria, diversificaron las instituciones y los mecanismos de intervención para el control de la pobreza y la represión de la mendicidad (Abreu, 1999). Desde entonces, las políticas sociales, no toleraron la mendicidad y quienes la practicaron - pobres, mendigos/as y gitanos/as- fueron objeto de represión a nivel central y local⁶⁴ (Abreu, 2007). En el discurso y las prácticas de la asistencia se instituye la figura del pobre merecedor, con el fin de promover el trabajo y escoger entre la multitud de pobres y mendigos a quienes tenían derecho de usar la asistencia institucionalizada (Abreu, 2007).

En Portugal, las *Santas Casas de Misericórdia* como la principal, - si bien no la única⁶⁵-, institución de beneficencia responsable de la red de asistencia que se

⁶² Fue la reforma asistencial determinada por la Corona bajo el rey Don Manuel I a finales del siglo XV. Las Santas Casas de Misericórdia, fueron las cofradías que bajo la tutela real, de incidencia urbana y rural, serían administradas por las élites locales conforme a los requerimientos de la corona para el auxilio de los pobres y desamparados. (Abreu, en Abreu eds. 2007).

⁶³ El nuevo papel que el Estado encomendó a la Iglesia a través de las Santas Casas de Misericórdia, fue constituirse en la primera red de nacional cuidados de salud a cargo de la mayoría de los servicios y la administración de los hospitales. Los municipios locales por su lado tendieron a desresponsabilizarse de las cuestiones de la asistencia asumiendo como ámbito de intervención la sanidad y la salud pública en el control de las epidemias, la limpieza de las ciudades y la salubridad de las aguas. (Abreu, 2004).

⁶⁴ Un discurso normativo que manifiesta continuidades en el tiempo. La lei das Sesmarías de 1375 es uno de los antecedentes legales citados en el estudio basado en textos de análisis de la represión de la mendicidad, con particular atención en las medidas dirigidas contra la etnia cigana, su marginación de la asistencia institucionalizada fue una práctica corriente en Portugal y en el resto de Europa desde la Edad Media (Abreu, 2007).

⁶⁵ De acuerdo a Jesus (2007) existen estudios recientes que ofrecen una visión amplia, incluyen la investigación sobre otras instituciones religiosas o laicas, encargadas de asistencia Moderna, así como

extendería por el territorio, representó el monopolio de la atención destinada a ofrecer auxilio a varias categorías de pobres, enfermos/as, huérfanos/as, presos/as, pobres avergonzados/as y mujeres desamparadas (Abreu, 1999). Sostenidas financieramente por la caridad de particulares, las Santas Casas de Misericordia, durante siglos se mantuvieron como las organizaciones centrales de la asistencia moderna fomentando el paradigma religioso de la caridad. Sobre su funcionamiento, Abreu (2000) refiere: “Possuem gestões elitistas e oligárquicas, detêm o quase monopólio da rede hospitalar do país e são as receptoras privilegiadas dos bens das almas do Purgatório” (Abreu, 2000, pág. 404). Dada su cobertura y resultados, las Santas Casas de Misericórdia se convirtieron en una referencia para las instituciones de beneficencia y de atención médica que el gobierno central apoyó en el territorio nacional y en los espacios de la expansión colonial (Sá e Lopes, 2008). Hasta el siglo diecinueve, la asistencia social en Portugal se basó en instituciones de caridad privada ligadas a la Iglesia y órdenes religiosas y fueron financiadas de manera directa o indirecta por la corona, siendo exigida la no injerencia del Estado en su actividad (Wall, 1995).

Entre los cientistas sociales e historiadores, las prácticas y los discursos de la asistencia y la caridad religiosa en torno a la pobreza durante la sociedad europea preindustrial, develan la implicación de grupos con intereses, como las élites europeas que vieron en la asistencia ventajas económicas, sociales, políticas, médicas y morales⁶⁶ (van Leeuwen, 1994). En este debate, van Leeuwen (1994) describe algunos abordajes y resume las situaciones y los actores de la asistencia, enfocando la interacción entre grupos que por un lado buscan influenciar el comportamiento de los pobres y éstos últimos, beneficiarios de la asistencia que utilizan las medidas de protección como una más entre otras estrategias de sobrevivencia. De acuerdo a van Leeuwen (1994), uno de los objetivos de las élites es regularizar el mercado de trabajo y contener a los pobres que no alcanzan a sobrevivir con el fruto de su trabajo, y que de no disponer de caridad o asistencia migraban o se dedicaban a actividades consideradas ilegales (van Leeuwen,

las redes informales de asistencia.

⁶⁶ Durante la sociedad pre industrial los grupos vulnerables de la población a quienes se destinaba la asistencia surgen como resultado de las imperfecciones del mercado de trabajo durante el período pre industrial, las fluctuaciones cíclicas que generaban una alta demanda de trabajo durante el verano y baja en invierno (Leeuwen, 1994). Los beneficios que motivaban la asistencia fueron tres: la reputación social, la promoción de carreras políticas y patrocinios, y la salvación eterna (Leeuwen, 1994).

1994). De esta forma en la Europa pre industrial, los pobres fueron beneficiarios de la asistencia en tanto fuerza de trabajo, principio que como veremos seguirá operando durante la emergencia del Estado de bienestar contemporáneo, que a seguir se hará cargo de los pobres.

La historiografía sobre la asistencia esta vez centrada en las mujeres durante el periodo moderno, ha tendido a concentrarse en el estudio de las instituciones de caridad. Como afirma en su trabajo Araujo⁶⁷ (2008), si bien el grupo de mujeres que accedía era el menor, la función de resguardo moral que ejercieron las instituciones religiosas, es suficiente para llamar la atención de dichos estudios. Los conceptos de asistencia y honra son inseparables cuando se trata de pobreza femenina durante el período Moderno, una pobreza que Jesus (2007) define como relativa a una vulnerabilidad moral o social, desde que los mecanismos de la asistencia que se desplegaron entre las mujeres pobres y las no tanto, buscaron resguardarlas de la exposición pública y del trabajo, ubicándolas en recogimientos conventuales o en el seno del hogar. Por otro lado y de acuerdo a Araujo (2008), hay un consenso en torno a que existió un panorama de estrategias más diversificado para la obtención de ayuda, que incluye la solidaridad practicada a nivel del vecindario.

Del mismo modo que otras autoras⁶⁸, Araujo (2008) señala que la pobreza femenina se vincula a su relación con el mundo del trabajo y a la intolerancia respecto a su estatus de independencia. Las mujeres nunca dejaron de ser miembros activos del sistema de producción y distribución para contribuir al sustento familiar, pero la dependencia y la pobreza entre ellas estuvo determinada por los bajos salarios, la menor calificación profesional y la sujeción a un mercado laboral fluctuante, condiciones encuadradas en una sociedad que exaltó la honra ligada básicamente a su comportamiento sexual y a la subordinación permanente al padre o al marido. Finalmente, en situación de desgracia o pobreza, fue crucial la protección de las instituciones de asistencia que como vemos fueron esencialmente correctoras⁶⁹, así lo

⁶⁷ Entre las prácticas de la asistencia, se incluyen aquellas especialmente destinadas a las mujeres, como la dote para el casamiento de las mujeres que recibían protección. Para el estudio de la caridad practicada por las Misericordias en Portugal a las mujeres durante la época moderna (Araújo, 2008).

⁶⁸ Para apreciar la vida de trabajo y los tipos de empleo de las mujeres durante la edad moderna, véase Hufton (1994).

⁶⁹ También véase Reis (2007), *Caridad e Clausura: honra e virtude feminina em Lisboa na Modernidade*,

manifiestan los objetivos de las Misericordias portuguesas que debían mantenerse a salvo de caer en la perdición de otras instituciones (Araújo, 2008).

Junto a la asistencia institucionalizada, la familia y la comunidad son consignadas por los estudios, como un recurso permanente de ayuda. Durante el desarrollo de las ciudades y de la industrialización en Europa, la familia y la comunidad fueron fundamentales en tiempos de necesidad. Lejos de bienestar y protección, el proceso de crecimiento económico de corte liberal de aquellos países que lideraron el desarrollo de pueblos y ciudades industriales, se ha vinculado a trastornos y privaciones de la población⁷⁰ (Szreter, 2007). Fenómenos como el crecimiento urbano, el aumento de la mortalidad y el movimiento migratorio, se vinculan a la revalorización de la familia, la vecindad y la comunidad civil o religiosa, desde luego un soporte social antes del estreno del Estado de bienestar⁷¹. En las áreas urbanas, el debilitamiento de los lazos de parentesco y la disminución de la cantidad de familiares, hicieron a los individuos más vulnerables a la pobreza y al aislamiento social, el incremento de la familia nuclear en los hogares urbanos de bajo y medio rango y la pobreza de las mujeres solas sobrecargadas con hijos pequeños, inspiró la creación de una variedad de organizaciones religiosas y civiles para su ayuda (Lynch, 2003). De esta forma, la comunidad como forma extrafamiliar de solidaridad proliferó en Europa manifestando rasgos comunes como la presencia de la Iglesia, que de este modo proyectaba su propia sobrevivencia como institución (Lynch, 2003).

Si bien la centralidad de la Iglesia en la definición de los lazos de parentesco y en la promoción de las formas extrafamiliares de asociación es permanente, se debe entender que no fue la única responsable de la asistencia a los pobres antes de la llegada del Estado benefactor. Siempre existieron las organizaciones de laicos, hermandades de

en Abreu (2007).

⁷⁰ Son las llamadas four Ds, de disruption, deprivation, disease and death, como potenciales consecuencias del crecimiento económico durante procesos en que la regulación estatal está ausente, y cuenta con instituciones de asistencia voluntaria, redes de familia y comunidad. Para el estudio sobre la importancia crucial de las políticas de salud pública en la relación del crecimiento económico y la salud, el caso de la población de Gran Bretaña durante el siglo XIX. Véase Szreter (2007).

⁷¹ La autora (Lynch, 2002) ubica en el siglo XIII el nacimiento de la relación clave entre familia y comunidad a la que atribuye rasgos característicos en Francia, Inglaterra, Alemania, Italia, Países Bajos y España, que presentan similares procesos de urbanización y factores políticos y demográficos. A excepción de Inglaterra que optó por la Poor Law, los programas de asistencia de estas naciones durante el siglo XIX, mantuvieron la distinción de los pobres merecedores y no merecedores.

élites y comunidades civiles que se hicieron cargo del problema de la pobreza⁷². Desde ya Lynch (2003) atribuye como característica de las comunidades civiles y religiosas, particularmente en contextos urbanos, el haber representado un espacio de lo público. En este sentido, la asistencia moderna y el cuidado de los pobres pueden entonces ser entendido como un legado de valores tanto cívicos como cristianos que se reforzaron mutuamente en la práctica para el bien común. Como espacio público del mundo femenino, la filantropía social resultó ser un ejercicio importante, -si bien como extensión de las actividades domésticas-, que exhortó a las mujeres de sociedad a tomar su lugar - entre los mas necesitados y sin esperar retribución-, que permitió su inserción en lo público (Perrot, 1991).

El abordaje de Lynch (2003) también destaca los trazos de género en la vida familiar y el protagonismo que ejercieron las mujeres en las comunidades asistenciales de cuño religioso. Las redes de solidaridad comunitaria tenían como fin la asistencia de los pobres, particularmente de mujeres y niños, de esta forma se vieron reforzadas identidades femeninas ligadas a la caridad religiosa, a lo doméstico y a la maternidad (Lynch, 2003). El trabajo de Curtis (2002), enfoca la filantropía de las mujeres burguesas en la Francia post revolucionaria asolada por el cólera y la viruela, epidemias que una vez mas convocan a las élites a abordar el problema de los pobres en serio. En esta ocasión, las comunidades católicas de asistencia, proyectan la imagen naturalizada de la mujer de las clases burguesas, madre y doméstica, como la nueva madre republicana que se toma las calles, no para exigir derechos civiles, sino para hacer caridad en nombre de la Iglesia (Curtis, 2002). Como vemos, en la convergencia de la asistencia pública del Estado con la ayuda privada otorgada por la Iglesia, el trabajo gratuito de mujeres católicas ocupó un lugar estratégico (Curtis, 2002)⁷³.

⁷² Desde la época medieval existieron asociaciones de voluntarios, poderosas confraternidades de ricos, con grandes recursos para financiar la asistencia cívica y disputarse los pobres con otras confraternidades, así como las disputas entre la Iglesia y las autoridades seculares por la jurisdicción de los hospitales durante el siglo XVII y XVIII (Lynch, 2003).

⁷³ París se oscurece en el siglo XIX con la pobreza, el hacinamiento y la violencia, la inmigración y los barrios de obreros desbordan la ciudad sin infraestructura, colapsan las calles, el alcantarillado, el abastecimiento de agua, dando paso a la llegada de las enfermedades. Para enfrentar esta situación, la iglesia católica en Francia recurrió a la feminización de sus obras de caridad, trabajo de asistencia gratuito que complementó las políticas de bienestar del Gobierno y sirvió en la rearticulación de la Iglesia. Según Curtis (2002), la Iglesia buscó recristianizar la Francia post revolucionaria, conseguir recursos y vincularse con pobres y ricos a travez de la proliferación de asociaciones de mujeres adineradas y católicas como respuesta a la pobreza y a la falta de fé. Una de estas asociaciones de

En tiempos de crisis, la asistencia pública se sostuvo en el trabajo gratuito de las mujeres, sin embargo fueron sistemáticamente expulsadas del mercado del trabajo⁷⁴. En esta temática, las autoras Scott (1994) y Pinto (2008) han consignado que el proceso de industrialización europea representa un momento crucial en la configuración de un nuevo marco normativo y simbólico: la redefinición ideológica de la identidad femenina y masculina⁷⁵, que naturalizó en ellas las tareas domésticas y en los varones la responsabilidad de gobernar y sustentar la familia. (Pinto, 2008). En este proceso, el trabajo doméstico fue adornado con valores de administradoras de consumo de las clases medias, compatible con la filantropía y el modelo de ayuda a los otros, reforzando a la familia tradicional como la institución fundamental de la sociedad europea, el espacio mediador en el que confluyen las esferas pública y privada y que garantiza el éxito social y la integración de los individuos en los procesos productivos de las nuevas economías nacionales⁷⁶.

Se sostiene entonces que la consolidación de la familia nuclear es un proceso relativo a la industrialización y el desarrollo urbano, asociado a la demarcación de un espacio doméstico, convertido en privado, y la comunidad exterior asociada al espacio público (Pinto, 2008). Esta dicotomía que se enmarca en una mentalidad burguesa, confinó decisivamente a las mujeres a la esfera privada, de las que serían parte indisolublemente, la maternidad y la domesticidad (Pinto, 2008). Desde el análisis sociológico, la configuración de la familia, como también de la infancia durante el siglo diecinueve, representan la condición necesaria para el despliegue de la medicalización de los individuos, un nuevo encuadramiento - en perspectiva foucoulitiana- para la

mayor éxito, fue la cofradía de las Damas de la Caridad (Curtis, 2002).

⁷⁴ Lynch (2003) confirma que los sindicatos de trabajadores artesanos y comerciantes restringieron el acceso de las mujeres en los espacios del trabajo industrial donde los salarios eran mayores y de la economía urbana que si bien aumenta el trabajo asalariado, al mismo tiempo expulsa a las mujeres del comercio cualificado.

⁷⁵ Scott (1991) refiere los argumentos para la exclusión de las mujeres trabajadoras en torno al debate sobre incompatibilidad de la mujer con el trabajo asalariado durante el apogeo de la industrialización. Pinto (en Henriques, 2008) indica que el estatus diferente de las mujeres que trabajan en el hogar, responde a un criterio centrado en la función activa y no activa que privilegia al trabajo asalariado y desvaloriza el trabajo doméstico, discurso que se articula con el pensamiento relativo a la división del espacio entre público y privado.

⁷⁶ Desde el análisis social feminista ha identificado la familia como el mecanismo social de estratificación social, que mantiene la cooperación con otras instituciones, - la sociedad y el estado-, en una relación que favorece la transmisión de valores patriarcales a través de la asignación de los papeles sexuales y de las tareas domésticas (Costa, 2003).

evolución del poder sobre el cuerpo y la vida, indispensables para el éxito del capitalismo, que dependía por un lado de la inserción controlada de los individuos en la máquina de producción y de la población en los procesos económicos⁷⁷ (Carapinheiro, 2005).

Lo importante de la institucionalización de la familia tradicional - como estrategia política para el control por parte de la medicina científica y de la higiene pública durante el desenvolvimiento del capitalismo económico-, axial como de la división sexual del trabajo - que establece como una virtud femenina el cuidado de los otros⁷⁸-, es destacar que en gran medida sobre éstos fenómenos se han construido las sociedades occidentales modernas y por tanto han jugado un papel clave durante las reformas asistenciales que marcaron el ascenso del Estado de bienestar en Europa. Nos referimos al modelo de protección social cuyo pilar es la familia tradicional -constituida por un hombre asalariado y una mujer prestadora de cuidados-, también a las compensaciones y restricciones a las mujeres, las medidas favorables a la natalidad, que el sistema de bienestar social dispuso sobre la base de las relaciones sociales de sexo en el trabajo y en la familia.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la protección social comenzó a ser enmarcada como un derecho, sin embargo la asistencia fue limitada a los ciudadanos que contribuyeran con trabajo productivo, en gran medida a los varones pobres con incapacidad para trabajar por vejez, accidentes, enfermedad o desempleo. Según el estudio de Bock⁷⁹ (1991) durante la formación de los Estados de Bienestar en los países más industrializados, el derecho social a la asistencia y en general las reformas nacionales de protección social, se destinaron en un principio al trabajador masculino. Esta tendencia, resultó de la sobre-valoración de un modelo de seguridad social para trabajadores asalariados, entre los cuales las mujeres se encuentran sub-representadas o con un salario que no se compara al de los varones (Bock, 1991). El modelo de

⁷⁷ Carapinheiro (2005) describe el carácter de transición paradigmática que le corresponde a la estrategia de edificación de la medicina científica y de la organización de las políticas de la salud, durante el siglo diecinueve, con base en las obras de Michel Foucault (1963, 1975, 1980) y de Bryan Turner (1987, 1992).

⁷⁸ La socialización específica de las mujeres en torno al cuidado, de sí misma, de los otros y del espacio público, inscritas en el ámbito materno-doméstico, constituyendo un sistema no oficial de salud que no es integrado en las políticas sociales (Joaquim, 2000).

⁷⁹ Sobre las políticas de asistencia en atención a las mujeres Véase Bock (1991).

asistencia motivó la demanda de los movimientos de mujeres a las prestaciones propias del Estado de Bienestar⁸⁰, tales como destinar ayudas y políticas sociales específicas a madres solteras, trabajadoras fabriles, viudas y/o abandonadas. Para Bock (1991), los estados de bienestar hubieran sido muy diferentes si no hubieran coincidido con la lucha por los derechos cívicos y por las reformas sociales del movimiento de las mujeres, pues se tradujo en leyes de protección social y medidas como licencia de parto remunerada para empleadas y subsidios de maternidad, que luego se transformarían en el abono de familia pagado por el Estado.

De esta forma, Bock (1991) reconoce un periodo inicial a comienzos del siglo XX marcado por propuestas centradas en la maternidad⁸¹, que tendieron a ser finalmente incorporadas bajo el rótulo de medidas destinadas a grupos con problemas específicos o muy difusos, - leyes de trabajo, leyes de familia, seguros de salud, asistencia a los pobres, a la infancia, a los padres trabajadores,-, encuadramientos que hicieron invisibles las necesidades de las mujeres. Pese al carácter tradicional de los beneficios y de la legislación en este primer periodo, éstos representaron una apertura al reconocimiento de los derechos sociales universales constitutivos del Estado de Bienestar y marcaron una tendencia internacional a favor de la protección social, en un principio destinada a un cierto grupo de madres, más claramente aquellas madres empleadas y con ciudadanía⁸².

Según se tratase de países democráticos o bajo dictaduras, los sistemas nacionales de protección manifestaron claras diferencias en Europa durante el ascenso

⁸⁰ Los movimientos feministas de la llamada primera generación desde finales del siglo diecinueve abogaban por la protección social de las mujeres cuya pobreza se veía profundizada con la maternidad, los numerosos hijos y la falta del salario del marido. El énfasis del movimiento feminista de la primera generación es identificado como “maternalismo feminista” o “feminismo maternal” que asumía la maternidad como un elemento unificador del sexo femenino y reivindicaba los derechos de las madres pobres como de todas las madres (Bock, 1991).

⁸¹ La autora (Bock, 1991) se refiere a subsidios de maternidad a las mujeres operarias, pensiones, abonos de familia, seguros de enfermedad, leyes de asistencia a la maternidad y la infancia, clínicas y servicios de asistencia de partos para las madres necesitadas y permisos de parto. Medidas estatales que desde comienzos del siglo veinte, evolucionaron con diferencias y modalidades de aplicación en los países en vías o ya industrializados, esto es Italia, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Holanda, Dinamarca, Noruega, Suecia y Estados Unidos (Bock, 1991).

⁸² Durante las primeras décadas del siglo veinte, los subsidios a la maternidad se destinaron solo a las madres empleadas, a excepción de Italia y Francia que los asignaron a quienes eran parte del sistema nacional de seguros de salud, la ley australiana en 1912 concedió subsidios de maternidad a sus ciudadanas, las mujeres consideradas australianas que habían obtenido derechos políticos en 1901 (Bock, 1991).

del Estado de Bienestar. Entre ambas guerras mundiales, la disminución de la tasa de natalidad jugó un papel preponderante en el avance en la protección social. Según la autora (Bock, 1991), la dimensión poblacional adquiere centralidad entre las naciones que disputan la hegemonía europea, cuando el descenso de la fertilidad alcanzó a las clases trabajadoras⁸³. Entonces, los poderes públicos comienzan a preocuparse por las madres pobres, solteras y trabajadoras fabriles en aquellos países con una elevada proporción de mujeres en la fuerza de trabajo - Francia, Gran Bretaña y Alemania- (Bock, 1991). Se trató de las llamadas medidas de carácter pro natalistas que tuvieron el claro objetivo de enfrentar las bajas de la tasa de fertilidad y la mortalidad materna, que fueron particularmente impulsadas bajo las dictaduras en España e Italia con el apoyo del catolicismo conservador para de esta forma detener, -sin conseguirlo-, la caída de la tasa de natalidad.

También en Portugal, la política poblacional en términos de nacionalismos, fomentó el aumento de la natalidad relacionado con objetivos raciales, para disminuir el alcoholismo, las enfermedades físicas y psíquicas, así como la mortalidad infantil, la más alta de Europa durante el régimen salazarista (Pimentel, 2001). En el terreno de la asistencia, el proyecto autoritario y corporativo fue de tipo paliativo, limitado y desigual (Wall, 1995), el retraso generalizado en materia de derechos sociales se manifestó en que casi la mitad de la población no contaba con régimen de seguridad social o de salud⁸⁴ lo que confirma la ausencia del Estado de Bienestar en Portugal, que a diferencia del ritmo general europeo que al fin de la Segunda Guerra Mundial, aceleró la organización de servicios preocupados por la salud de los trabajadores y de la productividad capitalista (Ferreira, 2002).

La perspectiva de Pimentel (2001) destaca que la lucha de las mujeres por la

⁸³ La ausencia de los intereses de las mujeres en la configuración de la política de población ha sido una de sus características permanentes en todo el mundo. En algunos contextos las mujeres entran en los procesos políticos solo como clientas de los servicios de planificación familiar que continuamente violan los derechos humanos y la opción reproductiva; en otros se les niega la capacidad de reducir su fertilidad, basándose en principios de doctrina religiosa o porque se considera que es como mejor se sirve al interés nacional es con regímenes de alto crecimiento demográfico. Véase Naila Kabeer, Ejercer el derecho a escoger: mujeres, maternidad y política demográfica, en Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo, México, Editorial Paidós Mexicana, 1998.

⁸⁴ Hasta el año 1970, un 44% de la población no estaba cubierta por ningún esquema de seguridad social o salud. Véase en Luísa Ferreira da Silva, org, en Promoção da Saúde, Universidade Aberta, 2002.

igualdad política, por la protección a la maternidad y a la infancia influyó las primeras medidas estatales que como vimos en ciertos casos, fueron precursoras del Estado de bienestar de los regímenes liberales europeos. Sin embargo, aclara, no se trata de que los países democrático-liberales de la época se hubieran pautado precisamente por los conceptos de la igualdad o libertad para las mujeres, mas bien respondió a una cuestión ideológica que enfocó su situación en la perspectiva de gestión del mercado laboral: “Quando a Primeira Guerra Mundial terminou, os governos europeus com regime liberal tentaram dar resposta à democratização, massificação e à entrada feminina no mercado de trabalho, assim como à questão demográfica, através da concessão do voto à mulher, da criação de uma política familiar e social, e da aplicação de leis relativas ao trabalho feminino, de protecção materno-infantil e de apoio às famílias numerosas.” (Pimentel, 2001). En cuanto a las dictaduras fascistas donde el catolicismo conservador era dominante, las medidas de apoyo a la maternidad, intentaron aumentar a la natalidad, desvirtuadas a través de compensaciones a los padres y premios a la virilidad; en el caso del nazismo alemán las mismas medidas realizaron la pureza racial y en paralelo se realizaron prácticas de esterilización y eugenismo⁸⁵.

2.2 Portugal: entre la caridad y los derechos

Las nuevas ideas sobre las funciones del Estado surgidas a fines del siglo XIX y comienzos del XX, definen la intervención estatal como necesaria frente a las limitaciones de las instituciones privadas (Wall, 1995). Si bien la legislación sobre seguridad social obligatoria había sido introducida en Portugal durante el Gobierno Republicano en 1919⁸⁶, en la práctica la normativa no se aplicó y finalmente fue abolido

⁸⁵ En España bajo Franco y en la Italia fascista de Mussolini, la fuerte retórica pronatalista se reflejó en políticas que valorizaban la virilidad, la paternidad y la figura del jefe de familia y que se concretaron en medidas como la reducción de impuestos para los jefes de familia, seguros para los padres empleados y premios por nacimiento para padres (Nash, Mary, 1991 en Bock, 1991). En sentido contrario al pro natalismo, la Alemania nazi desplegó una propaganda antinatalista, estableciendo en 1933 la esterilización obligatoria de los biológicamente inferiores y de los desadaptados, los subsidios familiares centrados en el padre de familia nunca fueron universales, pues los considerados inferiores eran directamente excluidos (Bock, 1986 en Bock 1991). Tras la caída del régimen nazi, Alemania sigue el modelo soviético de la igualdad de derechos en que se promueve el trabajo de las mujeres fuera de la casa tal como los hombres, política reforzada por los bajos salarios y por los subsidios a la maternidad que desde la década de 1950 se destinan a las mujeres asalariadas por parto, madres y viudas incapacitadas para trabajar, subsidios por nacimiento (Bock, 1991).

⁸⁶ Los empleadores rechazaron sus obligaciones durante este ambicioso e inicial sistema que suponía

por el régimen corporativista de Salazar (Wall, 1995). A partir de entonces, la evolución legislativa fue lenta y quienes continuaron sustentando la protección y la asistencia social fueron las instituciones de caridad ligadas a la Iglesia⁸⁷, las asociaciones de trabajadores y las redes informales de solidaridad (Wall, 1995). Al mismo tiempo, la situación de miseria en que vivía la mayoría de los portugueses durante la Segunda Guerra Mundial fue elevada y se asocia a la alta mortalidad de bebés antes de cumplir el primer año de vida, dato que además confirma la casi inexistente asistencia materna infantil de tipo estatal. La mortalidad infantil, que se mantuvo superior al resto de Europa, todavía en los años cuarenta bordeó el 12% de los nacidos (Pimentel, 2001).

El régimen salazarista surgido del golpe militar de 1926 y vigente hasta 1974 en Portugal, en materia de protección social ha sido caracterizado por la implantación gradual de un sistema paliativo y en la práctica de extensión limitada. Por un lado el Estado pasó a promover y tutelar las instituciones de asistencia social y, por otro, corrigió la falta de iniciativa por parte de los empleadores. Sólo a mediados de la década del cuarenta se publican los decretos que atribuyen al Estado la responsabilidad de crear dispositivos de protección social, un sistema que asume el trabajo asalariado como condición de los beneficios que se destinaron principalmente a sustituir de manera parcial los salarios, en caso de enfermedad, invalidez y vejez. En la práctica, este esquema de protección social se centró en trabajadores de la industria y servicios, dejando fuera a la población activa que pertenecía al sector agrícola y que al año 1950 representaba un 46,9%⁸⁸ y no contempló, en ningún caso, apoyo a las personas que realizaban algún tipo de cuidados: “Tal como as domésticas, aqueles que tinham a seu cargo alguém inválido deveriam apenas receber rendimentos indirectamente, através do

proteger a los trabajadores, hombres y mujeres, en situación de enfermedad, accidentes, desempleo, invalidés y vejes (Wall, 1995).

⁸⁷ Las Santas Casas de las Misericordias fue encuadrada en la reestructuración asistencial del periodo republicano, luego fueron salvaguardadas durante Estado Novo durante las reformas y los procesos de modernización. A sus servicios que incluyen asilos, creches, maternidades se suman bienes particulares, fondos públicos, la administración de plazas de toros, cine, teatros. Bajo el gobierno de la Eng^a Maria Lourdes Pintasilgo, adquieren personalidad jurídica como institución particular de solidaridad social (1979). Actualmente la red de la hermandad, es una asociación privada de fieles sujeta a la vigilancia y dependencia eclesiástica y se debate entre la naturaleza particular y la de carácter público, insistentemente asignada por la autoridad religiosa (Sá, 2008).

⁸⁸ La autora (Wall, 1995) indica que las áreas rurales contaban con un sistema separado de protección social pero de cobertura extremadamente baja, el 80% de la población estaba fuera de este sistema y de cualquier otro.

«chefe de família», considerado o principal ganha-pão do núcleo doméstico. Os «chefes de família», que se esperava serem quase sempre homens, representavam o nível mais baixo da hierarquia corporativa” (Wall, 1995, pág. 433).

En materia de derechos para las mujeres, el régimen salazarista de Portugal, no se alejó del pensamiento de la época a nivel europeo. Bajo el principio de la diferencia sin la igualdad, las leyes del Estado Novo institucionalizaron los derechos de la mujer en razón de su sexo biológico y del bienestar de la unidad familiar (Pimentel, 2007). Tan contrario a las reivindicaciones feministas como Mussolini o como casi todas las dictaduras, el régimen salazarista estableció el papel de las mujeres al interior de la casa⁸⁹, la defensa de la familia tradicional y de la mujer como madre y educadora en el seno de ésta, concibiendo la maternidad y el trabajo doméstico como una utilidad social (Pimentel, 2007). El voto femenino decretado para algunas mujeres de la élite durante la dictadura de Salazar⁹⁰ buscó el apoyo femenino de tipo conservador y en el mismo sentido, la inclusión de mujeres en ámbitos considerados particularmente femeninos, - esto es la asistencia y la educación-, procuró la moralización y recristianización nacional (Pimentel, 2007).

El derecho a los beneficios sociales se desarrolló gradualmente. En 1950 la asistencia médica era reconocida para los miembros de la familia legítima del beneficiario y quedaban excluidos de cualquiera de los miembros de uniones de hecho y los hijos ilegítimos, de gran proporción en Portugal⁹¹. Las mujeres, -fueran madres o

⁸⁹ Mantener a las mujeres dentro de los hogares se ha vinculado al elevado nivel de desempleo, pero contrariamente a la motivación del régimen, la presencia de la fuerza de trabajo femenino - siempre más barata -, no dejó de aumentar en Portugal y muy particularmente a partir de la década del sesenta en los trabajos de tipo intensivo y no especializado. Igualmente, la educación comenzó a feminizarse y en la década del sesenta, las mujeres constituyen una mayoría en los liceos (Pimentel, 2007).

⁹⁰ Anteriormente, las feministas habían reivindicado el voto femenino durante la República y lo consiguieron en 1911, conquista anulada dos años después. En la década del treinta la dictadura extiende de manera estratégica el derecho a voto a algunas ciudadanas, primero a las mujeres jefes de familia para las Juntas de Freguesia y luego la elección de mujeres para la Assembleia Nacional, con todo sólo podían votar y ser electas las mujeres mayores de 21 años, jefas de familia y las casadas con diploma de secundario (Pimentel, 2007). En 1931 por Decreto se reconoce expresamente el derecho a voto de las mujeres diplomadas con cursos superiores o secundarios, a los hombres se sigue exigiendo sólo saber leer y escribir. No será hasta 1974 que serán abolidas todas las restricciones basadas en el sexo en cuanto a la capacidad electoral de los/as ciudadano/as. Véase CIDM (2004).

⁹¹ El porcentaje de menores nacidos fuera del matrimonio oficial fue particularmente alto en Portugal durante las décadas del 40 y 50, variando entre 12 % y el 17 % (Nunes, 1984 en Wall, 1995).

no-, podían acceder a la protección social a través de un trabajo asalariado siempre menos pagado, sin embargo, normalmente su desempeño fue en los servicios domésticos y la agricultura, sector económico sin formas establecidas de protección social (Wall, 1995). En definitiva, la dependencia a la actividad profesional - de algunos sectores económicos y para situaciones familiares reconocidas como legítimas-, fue la marca del sistema de protección durante este periodo (Wall, 1995). Al mismo tiempo, el nivel de pago de las pensiones de vejez y abonos de familia fue muy bajo, no había protección social para la maternidad, ni para sobrevivientes, tampoco se consideraba las situaciones de desempleo por accidente de trabajo. "A contrapartida deste sistema consistia numa ideologia encorajadora de uma ética do trabalho forte (segundo a qual as pessoas tinham de *trabalhar* para resolver situações de carência) e de valores familiares, bem como de legislação, em que a obediência ao chefe de família e a ajuda mútua entre membros da família eram enfatizadas" (Wall, 1995, pág. 434-435).

Esto significó que los miembros de la familia tenían el deber de entregar su salario al jefe de la familia y de permanecer en casa, como el hijo o hija solteros en el caso de que el padre o madre lo necesitaran. Desde ya el Código Civil establecía la obediencia al jefe de familia y definía las obligaciones de sustento y apoyo entre los parientes (Wall, 1995). Durante la vigencia de este Código Civil, la situación opresiva de las mujeres se agravó, pues ratificaba la superioridad legal del marido y decretaba sobre la esposa la prohibición de abandonar la residencia del marido, de ejercer el comercio y de viajar fuera del país, finalmente y en concordancia con la ideología del régimen, se instituyó el matrimonio dentro de los cánones católicos para disminuir el divorcio y la ilegitimidad de los menores (Pimentel, 2007)⁹².

Para este período, Pimentel (2007) rechaza la idea de un Estado de bienestar en Portugal, porque las medidas de protección fueron inexistentes: "as poucas benesses sociais -por exemplo, as licenças de parto e o abono de família - introduzidas pelo Estado Novo não prefiguraram o *Welfare State*, não só porque a chamada previdência

⁹² Durante la dictadura salazarista hubo un retroceso respecto a la evolución de las leyes alcanzada durante el período republicano, entre ellos se cita el Código de Processo Civil de 1939 que reintroduce el poder del marido para reclamar judicialmente a la mujer, prohibición de celebrar contratos, de administrar bienes y de ejercer ciertas profesiones sin el consentimiento del esposo. En cuanto al divorcio en 1940 el Estado portugués pasa a reconocer el casamiento católico y a partir de entonces todos los matrimonios casados por la Iglesia no se podían divorciar o casar nuevamente (Pimentel, 2007).

social obedecía à ideologia corporativista como só atingiu uma escassa parte dos assalariados. Por outro lado, a chamada assistência social era de tipo caritativo e deixada à iniciativa privada, nomeadamente à Igreja católica” (Pimentel, 2007, pág. 99). Del mismo modo, Wall (1995) confirma que la asistencia social se mantuvo en niveles bajos y en 1944 el primer «estatuto da previdência social» definió el carácter suplementar del Estado en cuanto a los servicios de prestación de cuidados, los que en la práctica derivaron en la iniciativa privada e informal. La idea de Salazar que perduró hasta la década del sesenta, fue que al Estado le correspondía crear empleo y no asistencia, el apoyo estatal debía ser educativo y familiar y la prestación de auxilio en el hogar fijando la asistencia materna en el espacio de la casa⁹³. En este sentido Pimentel (2001), describe la ideología del régimen: “A assistência cabía assim, em primeiro lugar, ao espírito caridoso dos Portugueses, à iniciativa particular e só em parte ao Estado [...] a assistência pública não podia suprir a assistência particular, pois geraria, por um lado, impostos e burocracia, e impossibilitaria, por outro, a beneficência individual” (Pimentel, 2001, pág. 56). Al definir quiénes recibirían el apoyo social, el Estado Novo estableció una tabla de clasificación de pobres, desde malos a buenos pobres, sólo éstos merecedores de la asistencia y entre los cuales se incorporó a las madres solteras y las abandonadas, las divorciadas y las viudas, los individuos enfermos, de avanzada edad o de sexo femenino de cualquier edad imposibilitadas de trabajar y de sustentar a la familia (Pimentel, 2001).

El derecho a la protección ligada a la situación de trabajo profesional característico del régimen salazarista de asistencia, se mantuvo hasta la década del setenta cuando comienzan a incluirse situaciones fuera del empleo. Este nuevo modelo de protección que atiende a la situación de desempleo y aquellas que no implican contribuciones⁹⁴, ha incluido una noción de familia alargada a otros miembros y contempla relaciones más igualitarias entre los cónyuges, hijos/as, padres o madres. Desde ya, los beneficios toman en cuenta situaciones individuales, de matrimonio, de

⁹³ En nombre de la patria y del bienestar de la familia, se realizó la maternidad impidiendo el ejercicio de la planificación familiar y criminalizando el aborto (Pimentel, 2001).

⁹⁴ Que es el modelo que permanece hasta la actualidad, la Segurança Social en Portugal está compuesto por tres subsistemas, uno de ellos es el subsistema de solidariedade que integra el régimen no contributivo, y en estos casos es condición de acceso entre otras, la residencia legal en el territorio nacional. Véase CIDM (2004).

familia nuclear y familia alargada, y se concretan respectivamente en subsidios de desempleo, de casamiento o para el cónyuge dependiente, el abono de familia, y las pensiones de sobrevivencia para los parientes en línea ascendiente, descendiente o colaterales. Esta diversidad realza determinados trazos de la cultura portuguesa basados en el apoyo familiar en recursos y esfuerzos para situaciones de necesidad. “Indica igualmente que o sistema de beneficios se tem em certa medida adaptado para ter em conta direitos diferentes (individuais, paternais, matrimoniais, geracionais)” (Wall, 1995, pág. 454).

Finalmente, el actual sistema de protección social merece las siguientes distinciones de acuerdo a la autora (Wall, 1995), en primer lugar, los beneficios financieros y de servicios son de un bajo nivel de protección social, los servicios de cuidado y apoyo a diversos grupos sociales no alcanzaron a concretarse y en los años ochenta el Estado comienza a reducir los costos públicos y a incentivar el desarrollo de servicios del sector privado no lucrativo (Wall, 1995)⁹⁵. Lo anterior se traduce actualmente en la falta de protección social que es resuelta aún con las redes familiares y otras informales de solidaridad. Por último, se mantienen diferencias en cuanto a las obligaciones a que están sujetas las parejas viviendo de hecho y aquellas que han contraído matrimonio, perfilando preeminencia el casamiento como institución. Finalmente, los beneficios sociales dirigidos a las familias, como el abono de familia o el subsidio de nacimiento, se entregan de manera universal sin considerar un apoyo mas selectivo y favorable a familias con más necesidades (Wall, 1995).

Es preciso destacar que la política social a favor de las familias se relacionan con una serie de medidas que contempla desde beneficios fiscales, prestaciones familiares a leyes que favorecen la conciliación entre trabajo y familia, la creación de infraestructuras para apoyar los cuidados de dependientes (niños, ancianos y deficientes), la legislación sobre el casamiento, el divorcio, uniones de hecho, la contracepción y el aborto⁹⁶ (Portugal, 2000). En función de lo anterior y de manera

⁹⁵ La escasez de los servicios de cuidado de niños y de personas de la tercera edad, son evidentes si comparado Portugal con otros países europeos (Wall, 1995).

⁹⁶ Véase Sílvia Portugal, *A Igualdade nas políticas de Família, Um estudo de caso sobre o Ano Internacional da Família*, em Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM), Ex Aequo, Número 2/3, Celta Editora, Oeiras, 2000, pág. 175-189.

general en Portugal desde 1974 la intervención estatal no ha variado⁹⁷, las transferencias monetarias mantienen valores bajos para los presupuestos familiares y con reducidas tasas de cobertura, por último, pese a haber aumentado las infraestructuras disponibles para apoyar a las familias, éstas continúan a ser insuficientes para sus necesidades (Portugal, 2000). Se trataría de contradicciones entre el discurso político y las prácticas del gobierno y legisladores y los efectos de las políticas sociales, que en alguna medida explicarían el carácter subsidiario de las políticas sociales del Estado al día de hoy (Portugal, 2000).

Con todo, el proceso de democratización política en Portugal luego del 25 de Abril de 1974 significó para las mujeres un protagonismo que por primera vez se tomaba el espacio público, en reuniones, manifestaciones y asambleas, constituyendo un precedente de las modificaciones legislativas por realizar. La enorme participación de las mujeres a nivel social se desplegó en barrios organizándose asociaciones de moradores, ocupando casas, construyendo guarderías infantiles, en medio de las campañas de alfabetización, en las ocupaciones de Alentejo, las comisiones de base de salud comunitaria, etc. (Tavares, 2007, pág. 62).

La presencia fundamental de las mujeres en el movimiento democratizador del país sumado a las directrices internacionales relativo a los cambios necesarios para la igualdad, volvió inminentes las modificaciones de la Constitución y del Código Civil. De esta forma, la Constitución de 1976 es el documento considerado fundamental en la alteración de la situación legal de subordinación de la mujer, especialmente en la familia, y establece la igualdad para hombres y mujeres en numerosos dominios generando un nuevo cuadro jurídico como el Código Civil en 1978, en que son abolidas la figura legal del jefe de familia, el fin de los hijos ilegítimos, la consagración de la unión de hecho para los efectos de beneficios sociales y herencias, la no obligatoriedad de llevar el nombre del marido, la aleatoriedad del orden de los apellidos de familia⁹⁸ (Magalhães, 1998).

⁹⁷ Valga citar la promulgación de leyes puntuales relativas a Educação Sexual e Planeamento Familiar (1984) y sobre Protecção à Maternidade e da Paternidade (1984), (Portugal, 2000).

⁹⁸ Este cambio del Código Civil de 1978 es resultado de la radicalización de la sociedad portuguesa y de la participación del movimiento feminista que desenvolvía una capacidad de intervención en diversos conflictos que la lucha de clases desencadenó, el carácter de las propuestas de alteración son atribuidas al feminismo portugués y en particular a Leonor Beleza miembro de la comisión a cargo y que facilitó la participación directa (Magalhães, 1998).

Es importante destacar que las alteraciones en el derecho de la familia y la legislación del trabajo fueron recomendadas por el grupo de trabajo de la *Comissão para a Política Social relativa à Mulher* (1973), que en 1975 fue sustituida por la *Comissão da Condição Femenina*⁹⁹, bajo la dependencia del *Ministério dos Assuntos Sociais*, iniciativa de la Eng^a. María de Lourdes Pintassilgo (1930-2004) entonces ministra de dicha cartera, - destacada figura pública en el proceso democratizador y para la igualdad de oportunidades en Portugal-, que anunció la universalidad de las prestaciones sociales y a seguir consiguió ser la primera mujer en el cargo de *Primeiro-Ministro* el año 1979¹⁰⁰. Finalmente, en 1980 Portugal se convierte en uno de los primeros países en ratificar la Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, CEDAW¹⁰¹.

2.3 La política de la salud en Portugal y las reformas sanitarias

Desde la sociología, el trabajo de Carapinheiro¹⁰² (2006), identifica una serie de rasgos en la configuración del sistema de salud portugués, que han perdurado y son posibles de reconocer hoy. La ambigüedad de las políticas de asistencia y la influencia permanente de las orientaciones internacionales en las políticas de salud fue una característica del sistema de asistencia que entre los años 1940 y 1990, se caracterizó por cambiar de sentido de manera permanente, pasando de la adhesión a la resistencia frente a la modernización del sector. Régimen de salud, que bajo el Estado Novo en un momento adopta directrices orientadas hacia variables internas y en otro adhiere a variables de orden político exterior, más concretamente, de acuerdo a las líneas programáticas de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Ejemplo de lo anterior, es la Primera Reforma de la asistencia en la salud que se

⁹⁹ Actualmente Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, CIGM. Site oficial <http://www.cig.gov.pt/>

¹⁰⁰ A nível internacional tuvo un desempeño y reconocimiento destacados, de acuerdo a su pertenencia intelectual católica y sus lineamientos políticos y sociales, en organismos e instituciones como la ONU, OCDE, UNESCO, Associacio GRAAL, el Movimiento de Mujeres Cristianas. Véase uno de su trabajos y entrevistas póstumas en Ligia Amâncio et al, en *O Longo Caminho das Mulheres, Feminismos 80 anos depois*, 2007. También se incluye en la lista de fechas y hechos importantes para la igualdad de oportunidades en Portugal, Véase CIDM (2004).

¹⁰¹ Véase en CIGM consultado en agosto 2010 <http://www.cig.gov.pt/>

¹⁰² Trabajo en el cual evalúa la influencia de las redes internacionales de actores políticos sobre la naturaleza y alcance de las políticas de salud nacionales, localizando centros de concepción, agentes, momentos que substituyen las líneas nacionales o locales. Véase Carapinheiro (2006).

llevó a cabo en 1937 que implicó la firma de apoyo por parte del gobierno de Portugal a la Convención Sanitaria Internacional de 1942¹⁰³, mientras internamente el régimen despliega la regulación social autoritaria y los movimientos internacionales de la salud pública presionan por la modernización de la salud en Europa (Carapinheiro, 2006). Como característica general de las políticas de carácter nacional Carapinheiro (2006) destaca que eran de alcance limitado y centradas en el refuerzo de los hospitales, diferente al enfoque del movimiento de modernización de la salud que desde principios del siglo veinte venía pujando por intervenciones de mayor amplitud, ligados a la noción de epidemias, la movilidad de las personas y de las mercancías¹⁰⁴.

Una de las marcas de la ambigüedad por parte del estado en el terreno de las políticas de salud, se refleja en la intención de unificar la idea de asistencia pública con la de asistencia social lo que finalmente tuvo como consecuencia la estratificación de de las personas que tenían acceso al bienestar y a la asistencia. A su vez, la asistencia se vuelca para las familias y la previsión se diluye orientada a los individuos en general: “A sobreposição do público e do privado ocorria, claramente, de forma paralela à posição ambígua que o Estado mantinha face às actividades de assistência que se propunha concretizar” (Carapinheiro e Page, 2001b:86, en Carapinheiro, 2006, pág. 140). Lo importante es destacar según indica la autora (Carapinheiro, 2006), que este criterio establece la diferencia entre los conceptos de asistencia y de bienestar, representando el paso en frente en términos de las políticas sociales, desde la caridad al reconocimiento de un derecho.

En este periodo tienen lugar tres estrategias que según consigna la autora (Carapinheiro, 2006) han perdurado en el tiempo: primero, el lugar preferente para la asistencia fue el domicilio, aspecto que responde perfectamente al modelo asistencial basado en la familia predominante en la Europa de los años 40 que consideraba la familia tradicional como piedra angular del sistema de bienestar social; segundo, que la asistencia social incluía actividades de beneficencia y actividades de servicio público, fomentando una relación cercana entre los dos tipos de instituciones; tercero, el

¹⁰³ Desde la Convención Sanitaria Internacional de 1912 en París ganaba fuerza la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sucede en 1946 (Carapinheiro, 2006).

¹⁰⁴ La autora se refiere al movimiento de euforia epidemiológica representada por de la medicina social para el control de las enfermedades y de los cuerpos (Carapinheiro, 2006).

establecimiento de mecanismos para alcanzar la eficacia en la distribución de la asistencia, estos son las encuestas y las visitadoras sociales que autorizan en el domicilio las necesidades meritorias y la concesión de documentos para el acceso a los beneficios¹⁰⁵. Se trata del Estado policial intentando abarcar todas las esferas de la vida social correspondiente a la tendencia de vigilar las condiciones de salubridad de los cuerpos y de las familias, éstas consideradas productoras y reproductoras de tales condiciones¹⁰⁶. Mientras, a nivel internacional ya comienzan a adoptarse las ideas de la medicina social de estilo sanitarista y de tono disciplinar que luego anunciarán la Convención Sanitaria Internacional de 1942, que creó las Autoridades Sanitarias y las atribuciones de los Médicos de Salud Pública. Este hito se vincula a nivel nacional a la publicación del Estatuto de la Asistencia Social en 1944 que reforzó el estilo sanitarista de las políticas sociales realzando que la “sanidad general” es parte de la responsabilidad inalienable del Estado¹⁰⁷ (Carapinheiro, 2006).

Comparado con los países mas avanzados, el atraso de Portugal en materia de salud, motivó el impulso de medidas políticas cercanas a la medicina preventiva y social, que aceleraron la construcción de los servicios de salud pública reconocibles en el sistema actual. Este impulso de modernización lleva en 1946 a la inmediata adhesión de Portugal a la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo que al configurarse como instancia transnacional, monopolizó la producción de conceptos y discursos para ser utilizados en la legislación de salud de la mayoría de los países del mundo (Carapinheiro, 2006).

A partir de la década del cincuenta, la legislación portuguesa pasó a seguir las orientaciones internacionales emanadas desde este organismo, entre ellas las relativas a la consolidación de los cuidados de salud primaria, los servicios de salud pública y de

¹⁰⁵ Para garantizar una asistencia socialmente eficaz en la década del 40 se introducen los mecanismos epidemiológicos que incluyeron los “inquéritos” sobre las condiciones económicas, sociales y morales de las familias, se creó el Centro de Inquérito Assistencial en Lisboa, la figura de las “visitadoras sociais”, la concesión de la “Carta de Assistência, complementada después por el “Domicílio de Socorro” que fijaba al beneficiário/a a un lugar físico determinado (Carapinheiro, 2006).

¹⁰⁶ Encuadrado en el modelo policial de la medicina social (Porter, 1997 en Carapinheiro, 2006). Para una lectura sociológica del recorrido de la medicina social. Véase Carapinheiro (2005).

¹⁰⁷ Si bien Wall (1995) confirma que la asistencia social se mantuvo en niveles bajos durante el régimen salazarista y que este primer estatuto de previdência social de 1944 definió el carácter suplementar del Estado en cuanto a los servicios de prestación de cuidados, los que en la práctica derivaron en la iniciativa privada e informal y en el espacio doméstico.

asistencia pública que se trasladan por decreto desde el Ministerio del Interior para el recién creado *Ministerio da Saúde e Assistência*, como una medida política de integración de los servicios y por una política más unitaria de la salud (Carapinheiro, 2006). Es así que en 1958, por primera vez fue creado un *Ministério da Saúde e Assistência* que separa conceptualmente la salud de la asistencia, esta última de raíz esencialmente caritativa, si bien y por medio de las *Santas Casas de Misericórdias* la articulación entre ambas dimensiones se mantuvo intensa, el Estado ya comienza a cumplir un papel de gestor y garante del sistema de salud (Silva, 2002).

Algunos autores (Bentes et al., 2004) destacan que a partir de mediados de siglo, Portugal comienza a experimentar un progresivo mejoramiento de la salud de la población, en que las enfermedades que concentraron mayor atención fueron la tuberculosis y las afecciones posibles de prevenir a través de la inmunización. Pero hasta la década del setenta, el sistema de salud portugués enfrentó un contexto social y económico desfavorable que en el plano de la salud se traducía en una alta tasa de mortalidad infantil de 58,6 por mil nacidos vivos, la existencia de aproximadamente ocho mil médicos y con sólo un 37% de partos realizados en hospital¹⁰⁸, un sistema de salud fragmentado en pocos hospitales generales y una amplia red de pequeñas Misericordias, seguridad médica ambulatoria, hospitales públicos con clínicas para bebés, entre otros limitados recursos financieros para el sector de la salud, que representaba menos del 3% del PIB (Bentes, et al., 2004). Ya a partir de la década del setenta en Portugal el mejoramiento de salud de la población y de los servicios de salud refleja el desarrollo social y económico más amplio experimentado en el país

Al llegar la década del setenta, convergen las agendas políticas internas con los ideales políticos internacionales, que se integran en la regulación jurídica del sector de la salud: el año 1971, con la *Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência* que reconoce por primera vez el derecho a la salud y al acceso a los servicios en coordinación a las actividades de asistencia social, en 1976 la *Constituição da República Portuguesa* consagra finalmente el derecho a la protección de la salud asumida por el Estado, en 1979 fue promulgada la primera *Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*,

¹⁰⁸ Estos mismos indicadores al año 2001 son de 5,0 para mortalidad infantil, cerca de 33 mil médicos, y un 99% de partos en hospital (Bentes, Sakellarides y Bankauskaite, 2004).

garantizando el acceso gratuito y universal (Silva, 2002). La revolución democrática y luego la Constitución de 1976 constituyen momentos históricos que reconfiguraron al país y permiten el surgimiento de nuevas políticas sociales: el *Serviço Nacional de Saúde (SNS)* fue concebido como la respuesta más adecuada a la necesidad de una mayor cobertura de servicios de salud y el nuevo derecho constitucional estableció que debía ser "universal, integral y libre", la ley del SNS en 1979 que establece que debe garantizarse la salud a todos los ciudadanos independientemente de su situación económica y la condición social. El financiamiento de la salud estaría a cargo del presupuesto del Estado, en sustitución del anterior sistema en que dependía de los fondos de seguro social (Bentes, Sakellarides y Bankauskaite, 2004).

La reforma de 1971 acoge la estrategia de los cuidados de salud primaria como modelo luego consagrado en la Conferencia de Alma Ata en 1978, al que Portugal suscribe alineándose a esta estrategia a través de la *Lei do Serviço Nacional de Saúde*. Se trató de un período político en que se adhiere progresivamente a la vertiente de la salud pública a través de la defensa de los *Centros de Saúde*, si bien gran parte de esta inversión fue canalizada finalmente para el hospital, servicio que siempre tuvo una posición de centralismo en Portugal. A seguir, en el contexto de una economía adversa a nivel mundial¹⁰⁹, el mantenimiento de los servicios de salud bajo los principios de universalidad y gratuidad se volvió insustentable (Carapinheiro, 2006). En opinión de Bentes et al (2004), la reforma del SNS no contaba con los recursos suficientes en momentos que Portugal enfrentaba los primeros tiempos de la democratización y la descolonización, lo que sumado a las crisis económicas mundiales, impidieron la puesta en marcha las reformas sociales¹¹⁰.

Si bien el escenario social en el cual se decreta la creación de *Serviço Nacional de Saúde (SNS)*, corresponde a un cuadro político e histórico de naturaleza nacional

¹⁰⁹ En general "It is important to mention that the 1970s were not, however, an easy time for reform. The "oil crisis" had a negative impact on the global economy, consequently there were very limited financial resources available to launch social reforms. The NHS was an under-funded venture from its very start." (Bentes, et.al 2004, pág. 89).

¹¹⁰ La implementación de los centros de salud durante la primera década, representó un desafío para el desarrollo organizacional, mejorar el acceso y el ejercicio profesional de los médicos generales, sin embargo dicha ocasión fue truncada a partir de 1984 y 1985 cuando los centros fueron asociados a consultorios médicos de la seguridad social, sistema en que los bajos salarios de los médicos impedía la incorporación de profesionales de la salud trabajando a tiempo completo (Bentes, et al 2004).

relativo a los profundos cambios provocados por la revolución democrática de 1974, las políticas nacionales y expresamente las del sector de la salud no dejaron de ser influenciados por los efectos de las políticas internacionales, como la de crear servicios sociales universales. Mas finalmente, en la década del ochenta, el sistema nacional de salud sucumbe a las agendas políticas neo liberales dominantes, relativos a la racionalización de los gastos de salud, la contención de los costos y el aumento de las privatizaciones (Carapinheiro, 2006). El período que va desde 1985 a 1995, constituye la etapa de la regionalización del *Serviço Nacional de Saúde (SNS)*¹¹¹ y el ingreso del sector privado al sistema.

En el análisis de Carapinheiro (2006), las reformas de la salud de las últimas décadas en Portugal, no han invertido en los cuidados primarios y han dado prioridad a los recursos técnicos, materiales y humanos del hospital, reforzando el centralismo hospitalario de carácter curativo. Esta tendencia se inscribe en políticas de salud y de gestión de los servicios promovidas a nivel supranacional desde que Portugal se integró a la Unión Europea en 1986. En consecuencia, durante las intervenciones de los gobiernos de corte neo liberal de los años noventa, las políticas de reorganización del sector limitaron las condiciones de acceso y privatizaron los servicios. De este modo las determinaciones internacionales configuran el trazado de las regulaciones legislativas que han reordenado el sector de la salud, mas concretamente han limitado el principio de gratuidad, redefinido conceptos, restringido condiciones de acceso a los recursos, y fomento de la articulación del *Serviço Nacional de Saúde* con el sector privado. Se trata de un discurso de inequívoca repartición de responsabilidades en la prestación de cuidados de salud entre el Estado y la iniciativa privada, remitiendo para el ciudadano la defensa y promoción de salud individual y colectiva, previendo el progresivo encarecimiento de los precios de la salud (Carapinheiro, 2006).

Actualmente, el sector de la salud evidencia problemas como la falta de coordinación entre la atención primaria y la secundaria de salud, la concentración de recursos en la atención hospitalaria y las desigualdades de salud debido a la alta

¹¹¹ La incorporación desde 1993 al Serviço Nacional de Salud (SNS) de las cinco regiones de salud de Portugal continental representadas por las Administrações Regionais de Saúde (ARS), a nivel local, son creadas las Unidades Funcionais de Saúde (USF) integrados por los hospitales y los centros de salud, constituyendo la red de atención primaria, secundaria y terciaria (Bentes et al, 2004).

presencia del sector privado que hasta entonces la legislación no tenía en consideración (Carapinheiro, 2006). Por último, los potenciales problemas de desigualdad y exclusión que pueden resultar de los programas y de las reformas al sistema sanitario en Portugal, representan un terreno particularmente sensible al funcionamiento del modelo de bienestar, y para el cumplimiento de los derechos sociales conquistados hasta hoy en la sociedad democrática portuguesa.

2.4 Reforma en curso y el Plan de Salud como estrategia.

A partir de 1990 la legislación define el papel del *Serviço Nacional de Saúde* (SNS) como un contexto ampliado de sistemas de salud y en complementariedad con el sector privado promoviendo su incorporación en la gestión de las instalaciones hospitalares; Respecto a las condiciones de acceso, también desde 1990 fueron establecidos el pago de tarifas para la atención de salud, subvenciones estatales y exenciones “para los pobres y los grupos de alto riesgo” (Bentes, et. al., 2004). Como muchos países de la región, el estado portugués comienza a adecuarse a las transformaciones exigidas por la economía global para alcanzar una administración pública reducida, eficiente, eficaz y transparente. Desde ya, los procesos de reforma de los servicios de salud se han desarrollado en el marco de la aplicación de programas de ajuste estructural, impuestos a los estados por las instituciones financieras internacionales, han tenido como consecuencia el aumento de la exclusión y la pobreza en todo el mundo, especialmente en los países de mediano y bajo ingreso (Iriarte, 2005).

A partir del año 1995 se dio comienzo a un proceso de reforma gradual¹¹² que se centró en la gestión más empresarial de los nuevos hospitales y la reorganización de los centros de atención primaria (Bentes, et al, 2004). En el año 2001 el *Ministério da Saúde* emitió directrices para el desarrollo de planes directores regionales, para los hospitales del SNS y los centros de atención primaria, así también promovió las

¹¹² Se adopta la denominada "Estrategia de Salud para el cambio de siglo" que abarcaría metas y objetivos para los años entre 1996 a 1999. Sin embargo, la estrategia fue interrumpida cuando asume un nuevo equipo ministerial al gobierno a finales de 1999. La falta de una estabilidad política más sólida y del apoyo por parte del parlamento no permitieron el desarrollo de los principales cambios propuestos para el sistema nacional de salud y en la práctica sólo fue posible un proceso de reforma gradual y prudente. "In Parliament, government support needed to be negotiated on a case by case basis. Such a political environment was not very conducive to major reforms, and a cautious and stepwise reform process was adopted, centred on the principles of "new public management". (Bentes, et al 2004, pág. 91).

asociaciones público-privadas para la construcción de nuevos hospitales.

Para Bentes et. al. (2004), la entrada del país a la Unión Europea en 1986 representa un hito que posibilitó el acceso a fondos europeos para el financiamiento de la infraestructura social y económica del sector, el aumento de las instalaciones y tecnologías para SNS y una creciente representación de la salud en el PIB nacional. Es así que desde 1990 el sistema de salud portugués, financiado principalmente a través de impuestos, aumentó los gastos en salud de manera constante, crecimiento que se ha detenido durante 2005 y 2006, actualmente el sistema público de atención fluctúa alrededor del 72% del gasto total en salud (Barros e Simões, 2007). En este sentido, las recientes transformaciones han sido valoradas como una modernización del sector, en razón del progresivo aumento de financiamiento para la salud, la ampliación de la infraestructura en instalaciones y tecnologías de los servicios públicos, el acceso a los productos farmacéuticos¹¹³ y una mejor organización del SNS (Bentes et.al. 2004).

En el año 2000, el desempeño del sistema sanitario portugués fue evaluado en el informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000)¹¹⁴, que ubicó a Portugal en décimo segundo lugar, adelante de otros países como Gran Bretaña, Alemania, Canadá y los Estados Unidos. Este informe destacó la calidad del servicio de salud, sin embargo comparado con otros países de la OCDE Portugal revelaba un elevado nivel de gastos en relación al PIB, un gasto per cápita bajo, un excesivo gasto en fármacos y definitivamente un mayor gasto con el sector privado en comparación al SNS de otros países. (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 35-36). Al año 2001 el área de la salud representaba el 9,3% del Producto Interno Bruto PIB, dentro del cual el peso de los gastos destinados al SNS representaba el 6,1% de dicho PIB¹¹⁵, resultado comparativamente mayor que

¹¹³ Para Bentes et. al. (2004) el Ministério da Saúde en Portugal ha sido muy activo y en el ámbito de la política de drogas ha promovido fuertemente la prescripción de medicamentos genéricos, la fijación de precios de referencia y la denominación común internacional (ICD). A raíz de estas iniciativas, la cuota de mercado de los medicamentos genéricos se expandió considerablemente, junto con una reducción del gasto público en productos farmacéuticos.

¹¹⁴ Informe donde por primera vez se comparan los sistemas de salud de 191 países evaluados entre otros criterios según salud de la población, distribución de salud entre los habitantes, distribución del costo de salud entre las personas, es decir considerando el sistema de salud en relación con el desarrollo socioeconómico de cada país Véase Informe: Health Systems: Improving Performance. Ginebra: World Health Organization, 2000.

¹¹⁵ Es un gasto en el sistema público de salud comparativamente mayor que España cuyos porcentajes para dicho año 2001 fueron de 5,2%, Irlanda 4,5% y Reino Unido con 6,0% durante el año 2001. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 33).

otros países de la región. Los trabajadores del sector constituían el 3,4% de la población empleada con 174.963 funcionarios (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 32).

El año 2003, el informe de The European Observatory on Health Care Systems, calificó el SNS portugués al cual le atribuyó desactualización de las infraestructuras organizacionales, refiriendo que las reformas del sistema de salud si bien fueron legisladas la mayoría de las veces nunca fueron completamente implementadas¹¹⁶. Es así que el plan nacional de salud fue decidido en un momento en que dicho sector estaba en el centro de la atención política (Barros e Simões, 2007). Su anuncio, el año 2002, se justificó como parte de aquellas medidas políticas que mejorarían el rendimiento del sistema de salud, dado el creciente nivel de gasto representado por el sistema público y los recursos desaprovechados en la salud.

Como parte de una reforma generalizada que alcanza todos los niveles del sistema, el plan nacional hizo públicas las medidas dirigidas a la atención primaria, los hospitales, los cuidados continuados e incorpora el mercado de productos farmacéuticos. El plan nacional de salud como estrategia de regulación, significó un acontecimiento importante porque permitió la exposición de las orientaciones y las metas a alcanzar¹¹⁷(Barros e Simões, 2007).

En el año 2003, el *Ministério da Saúde* abrió el debate nacional e internacional en torno al Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010. Fueron coordinados mecanismos de diálogo entre los sectores públicos, privados y sociales, en colaboración con organismos internacionales de la salud. Las jornadas de consulta internacional en las que participaron la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y al Consejo de Europa (CE), definieron las principales intervenciones a realizar.

El plan nacional parte de la situación actual de los problemas de salud de la población portuguesa y del sistema de salud. El diagnóstico, las orientaciones y las

¹¹⁶ Fue común que durante el periodo de las reformas dentro de un ciclo político único, los cambios de los equipos ministeriales llevaran a cambios en la agenda política (Bentes, et al, 2004).

¹¹⁷ "In terms of the health of the population, the National Health Plan is a major landmark, as a guide for public action aimed at obtaining health gains for the population. The National Health Plan covers the period 2004–2010, and implementation is currently under way. However, the pace seems to be slower than anticipated. A major challenge for the Portuguese health system is, therefore, to implement the National Health Plan and to monitor the achievements made in terms of health gains" (Barros e Simões, 2007, pág 17).

actividades del *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, fueron pensadas en el contexto de los siguientes documentos: el programa del *XV Governo Constitucional*¹¹⁸, las respectivas *Grandes Opções do Plano (GOP)* de los años 2003 y 2004¹¹⁹; los informes sobre la salud del *Ministério da Saúde* (2002) y los informes de primavera de los años 2001, 2002, 2003 del *Observatorio português de sistemas de saúde*; el documento anterior sobre estrategias de salud del *Ministério da Saúde*¹²⁰, el Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) de la Unión Europea; informe de la OMS sobre salud en el mundo (OMS, 2002) y en Europa (WHO-UE, 1999); y del trabajo desarrollado en la OCDE (2003).

Finalmente, este plan nacional fue aprobado el año 2004 en la *Assembleia da República* cuyo respaldo mayoritario fue necesario para extender su vigencia a más de un periodo de gobierno y para garantizar su ejecución en la estructura económica y social del estado. El *PNS 2004-2010* es financiado tanto por el *Ministério da Saúde* como por fondos comunitarios. La institución encargada para la ejecución del *PNS 2004-2010* es el *Alto Comissariado da Saúde (ACS)*, encargado también de la reformulación de metas y estrategias para la versión del *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016*. Actualmente en Portugal, la planificación central para la salud es realizada por la *Direcção Geral da Saúde (DGS)* sobre la base de los planes presentados por las autoridades sanitarias y regionales y el organismo creado para coordinar la aplicación de las políticas nacionales a nivel regional es el *Alto Comissariado da Saúde*¹²¹ (*ACS*) la autoridad nacional sobre las administraciones regionales de salud. En

¹¹⁸ El *PNS 2004-2010* fue adoptado en el Programa do *XV Governo Constitucional* pero luego incluido en los programas de los gobiernos siguientes en sus respectivas *Grandes Opções do Plano (GOP)*, donde se ubica entre otros ámbito de la salud.

¹¹⁹ Em Portugal las *Grandes Opções do Plano (GOP)* corresponden a las principales líneas de actuación política que estructuran la planificación económica y social del país. Son elaboradas por el gobierno y presentadas a la *Assembleia da República* como propuesta de ley junto con el presupuesto del estado.

¹²⁰ Ver *Ministério da Saúde* (1999) *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século* (1998-2002), Lisboa.

¹²¹ El *Alto Comissariado da Saúde* es el organismo estatal y de administración autónoma que también tiene la responsabilidad de coordinar el área de las relaciones internacionales donde debe incorporar las normativas europeas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Consejo de Europa (CE), de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), del área de la cooperación con la Comunidad de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Véase en *Ministério da Saúde/Alto-Comissariado da Saúde*, 2009, en <http://www.acs.min-saude.pt/>

el marco actual de la planificación nacional, la agenda política en salud, busca proyectar el sistema de salud portugués como una red de servicios de asistencia compuesta por el sector público, privado y social, donde el ciudadano puede elegir de acuerdo a sus preferencias y necesidades (Bentes et.al., 2004).

Las medidas que acompañaron la formulación de un plan nacional de salud, incluyeron la promulgación de normas para una gestión más empresarial de los hospitales, para la promoción de los productos farmacéuticos genéricos, la actualización de los co-pagos por el servicio de atención, la reforma de los centros de atención primaria¹²² y la creación de los cuidados continuados. Valga mencionar aquí, que esta reorganización de la red pública de servicios llevó al cierre de salas de parto, de maternidades y de centros de salud, medidas que suscitaron las protestas de la población local (Barros e Simões, 2007).

El enfoque que define al PNS 2004-2010, se describe en los objetivos que persigue su formulación, esto es mejorar la salud según la perspectiva del ciclo de la vida, conseguir cambios en el ciudadano y fomentar el diálogo intersectorial (PNS 2004-2010, Volumen I, 2004). En este sentido, se define la estructura del plan, sus contenidos, los enfoques para abordar los problemas de salud, el listado de enfermedades priorizadas, y las intervenciones a realizar.

Desde entonces, entre las estrategias transversales, el plan de salud no contempla disminuir las inequidades de género en la salud. En este terreno de las desigualdades de género, uno de los abordajes, el *abordagem programática* del primer conjunto de estrategias del plan, remite a la coordinación de programas nacionales priorizados y los programas sectoriales existentes o en trámite. En la lista de programas que incluye esta estrategia para la salud, se cita el *III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género 2007-2010*, y el *III Plano Contra la Violência Doméstica 2007-2010*, cuyo organismo responsable es la *Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres*¹²³. Ciertamente, estos programas incluyen estrategias en el ámbito de la salud, en la línea de las políticas nacionales para la igualdad de género. En el caso del plan

¹²² Estrategia de reconfiguración de los centros de salud y de la implementación de las Unidades de Salud Familiar (USF), por Resolución del año 2005 que crea la Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). En <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=12>

¹²³ Véase CIDM, disponible en sitio web institucional <http://www.cig.gov.pt/>

para la igualdad, la integración de la perspectiva de género en todos los dominios de la política, abarca objetivos y medidas, para diferentes y varios ámbitos que recorre la educación, la independencia económica, la conciliación de la vida profesional y familiar y personal, el apoyo social, cultura, medio ambiente y la salud.

En el ámbito de la salud, el plan para la igualdad de género en Portugal, plantea de manera general dos objetivos, que sin mayor especificidad se desglosan en torno a siete medidas, entre ellas promover la investigación, mejorar las condiciones de acceso, mejorar, los programas de prevención según las diferencias de salud entre hombres y mujeres, incluir el enfoque de género en la formación profesional de la salud, y finalmente reforzar los servicios y cuidados en materia de salud sexual y reproductiva, principalmente en las adolescentes para la prevención del embarazo no deseado y de las enfermedades de transmisión sexual (*II Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género 2007-2010*, págs. 31-32).

Precisamos entonces, que si bien el plan de igualdad considera el terreno de la salud, su abordaje desde los derechos de las mujeres es general, planteando orientaciones o estrategias transversales, donde no es posible identificar una autoridad responsable, acciones clara y métodos definidos, tanto para su ejecución como para su evaluación de resultados, lo que hace difícil vislumbrar el impacto de estas las políticas de la igualdad en el terreno de la salud así como en los otros que incluye.

De esta forma, vemos que las políticas que abarcan los problemas de salud de mujeres y hombres en Portugal, se formulan a lo largo del plan nacional de salud de Portugal, documento que a continuación pasamos a describir bajo la orientación del Cuestionario Guía de Sensibilidad de Género (Peiró, et. al, 2004).

CAPITULO TRES: SENSIBILIDAD DE GÉNERO DEL PNS 2004-2010

3.1. Plano Nacional de Saúde 2004-2010, cronología y objetivos generales

El *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010* contempló tres etapas cronológicas para su desenvolvimiento. La primera fase del plan transcurrió desde el año 2002 al 2004 y fue el periodo en que bajo la *Direcção-Geral de Saúde (DGS)* se desarrollaron los debates públicos con grupos de especialistas¹²⁴, se realizaron las jornadas de consulta internacional compuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y al Consejo de Europa (CE).

La segunda fase de elaboración del plan nacional de salud, desde el año 2004 al 2006, correspondió a la etapa de implementación del plan y de la creación del *Alto Comissariado da Saúde (ASC)* y la *Comissão de Acompanhamento* instancias encargadas de actualizar y corregir el PNS 2004-2010¹²⁵. En esta segunda fase se realizó el *I Fórum Nacional de Saúde* en Coimbra (noviembre del 2006) y en el ámbito de un análisis del sistema de salud portugués, el *PNS 2004-2010* fue evaluado por peritos de la Organización Mundial de la Salud (OMS/Europa) (*Ministério da Saúde/ACS*, 2009).

La tercera y última fase del plan nacional de salud va del 2007 al 2010 y corresponde a la monitorización de los mecanismos del plan para su actualización. En este período se realizaron el *II Fórum Nacional de Saúde* en Lisboa (febrero 2009) y reuniones plenarias de la *Comissão de Acompanhamento* del plan como el workshop para definir los indicadores que permitieran monitorizar el PNS¹²⁶. El ACS ha publicado

¹²⁴ Especialistas de apoyo temático expertos en cuidados sociales en salud, enfermedades infecciosas, evolución social y salud, infecciones sexualmente transmisibles, investigación y salud, patología clínica, salud ambiental, salud de la visión, salud oral, trasplante, valores y principios. Véase Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponible en <http://www.acs.min-saude.pt/>

¹²⁵ La Comissão de Acompanhamento está integrada por las autoridades regionales de salud (ARS), los servicios del Ministério da Saúde y los ministros de la Presidência, del Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, del Trabalho e da Segurança Social y de Educação (Ministério da Saúde/ACS, 2009).

¹²⁶ En el Workshop “Indicadores de Monitorização do PNS” (disponible en <http://www.acs.min-saude.pt/>) se definieron los indicadores más ágiles para la monitorización del plano y sus resultados en relación a las metas para el año 2010 se publicaron en Ministério da Saúde – ACS (2007). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Avaliação de Indicadores 2001-2006: Ganhos em Saúde. MS/ACS, Lisboa. Al año siguiente, se publicó el punto de situación: Indicadores Actuais do PNS, (Outubro 2008), ACS.

el resultado de los indicadores que contempla el *PNS 2004-2010*, la evolución de los indicadores en relación a las metas para el 2010 a nivel continental, con datos desagregados por región, género y edad, para cada área de intervención definidas en el plan¹²⁷.

El año 2004, el *Ministério da Saúde* publicó el PNS 2004-2010 en dos volúmenes, el primero de ellos con 88 páginas se titula *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Volume I Prioridades* y el segundo volumen con 104 páginas titulado *Plano Nacional de Saúde Orientações Estratégicas para 2004-2010, Mais Saúde para Todos*¹²⁸. El primer volumen del documento se refiere al proceso de planeamiento y expone los objetivos generales, la situación de salud de la población y del sistema de salud, a continuación presenta las estrategias generales del plan. El segundo volumen del plan de salud repasa las estrategias generales del plan mas se centra en las estrategias II y III dedicados a la gestión del sistema de salud y el encuadramiento legal para la ejecución del plan. En la versión resumida del plan nacional se incluye información relativa a la intervención propuesta para el ítem sobre la salud de la población y el sistema de salud portugués¹²⁹.

Los objetivos generales del plan configuran cuatro conjuntos de estrategias. Cada conjunto de estrategias, incluye los abordajes que definen problemas de salud, y objetivos de intervención. que a su vez incluyen objetivos, donde se describen la situación actual de los problemas de salud y las intervenciones propuestas.

El primer conjunto de estrategias denominado *Estratégias Gerais*, se refiere a la la priorización por los más pobres, el abordaje con base a programas y el abordaje con base a *settings*. Estos objetivos se plantean transversales a todas las estrategias. El segundo conjunto de estrategias llamado *Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos*, se refiere al enfoque de la salud según el ciclo de la vida y la gestión de las enfermedades. El tercer conjunto de objetivos, *Estratégias para a Gestão da Mudança*,

¹²⁷ En el site web del ACS <http://www.acs.min-saude.pt/> se disponibilizan los siguientes documentos: ACS/Ministério da Saude (Dezembro 2010) Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Avaliação de Indicadores 2001-2007 Metodologia. ACS/Ministério da Saude (Fevereiro 2010) Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental (2001-2008). ACS/Ministério da Saude (Agosto 2009) Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Avaliação de Indicadores.

¹²⁸ Ambas publicaciones están disponibles en <http://www.acs.min-saude.pt/>

¹²⁹ Se trata del Documento de Trabalho publicada por el Ministério da Saúde también el 2004.

se dedica a los planteamientos considerados necesarios para el cambio en el ciudadano, capacitar al sistema de salud para la innovación y reorientación, incluido el uso de los medicamentos. El cuarto y último conjunto de estrategias bajo el título *Estrategias para Garantir a Execução do Plano*, se dedica a los recursos necesarios y la cooperación intersectorial de acuerdo al marco legal, los mecanismos de seguimiento y actualización del plan, correspondiente al último conjunto (PNS 2004-2010, Vol. I, pág. 19).

El plan identifica un punto de partida, referido al estado de salud de la población y la situación del sistema de salud portugués. Respecto del estado de salud, ésta es abordada desde tres aspectos: como ausencia de enfermedad, como bienestar y como aptitud funcional. Para cada una de estas facetas es asociado un grupo de indicadores. Para describir la salud en términos de ausencia de enfermedad son entregados los resultados de los siguientes indicadores al año 2001 en Portugal: esperanza de vida, años de vida potencial perdidos, mortalidad y morbilidad, sus causas principales. Desde el enfoque de la salud como bienestar, el plan nacional considera la autopercepción de la salud -un indicador recomendado por la OMS para la evaluación de la salud de las poblaciones- como una oportunidad para identificar las desigualdades de este indicador entre hombres y mujeres (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 31-32). El estado de la salud desde la perspectiva de la aptitud funcional de la población portuguesa, toma en cuenta el estudio el Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) publicado el año 2002 sobre las capacidades funcionales de las personas mayores.

A lo largo del PNS 2004-2010 se hace referencia al sector de la salud y como estrategias se consideran “*providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo*” (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 27). Este objetivo involucra la red de cuidados primarios, secundarios y continuados, así como la política de medicamentos. Entre los objetivos se plantea una gestión mas empresarial, apoyada en un sistema de información mas accesible, el desarrollo de asociaciones con los sectores privado y social, mayor coordinación vertical entre los niveles de cuidados, un refuerzo en la gestión horizontal en articulación en diversos lugares las escuelas, lugares de trabajo, junto de las personas mayores y vulnerables de la comunidad, para la

seguridad en los alimentos, en las carreteras. En el plano de los recursos humanos se propone incentivos a la productividad, al desempeño y al mérito (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 28).

Respecto a la situación del sistema de salud, plan tiene como referencia los informes de la OCDE (1998)¹³⁰, WHO (2000)¹³¹ y Eurobarómetro (1999). En consecuencia, el *PNS 2004-2010* establece metas generales a cumplir el año 2010 para indicadores relativos a la cantidad de médicos por habitantes, dentistas, farmacéuticos, enfermeros, número de consultas por habitante al año, urgencias, consultas externas, hospitalizaciones, nivel de satisfacción de los profesionales de la salud, de los usuarios del sistema de salud, y la evaluación del impacto de la salud.

El plan de salud postula que la concretización de tales metas deberá impactar en la reducción de las desigualdades regionales y entre los géneros (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 28-29).

Para la implementación del *PNS 2004-2010* a nivel regional y local, se definen las llamadas *Estratégias Locais de Saúde (ELSa)*¹³² iniciadas ó el año 2006, actualmente existen cinco *Estratégias Locais de Saúde (ELSa)* que envuelven los centros de salud¹³³ de Almada, Arraiolos, Faro, Norton de Matos (Coimbra) e Santa Marta de Penaguião. Los organismos que son parte de estas estrategias locales son las autarquías y municipios, la *segurança social*, las instituciones de educación y particulares de solidaridad social, organizaciones no gubernamentales, entre otros. Su actividad se enmarca en el planeamiento local y la evaluación regular de los indicadores, en el desempeño y la calidad de los servicios de salud, éstos últimos aspectos relativos al acceso, equidad, competencia, efectividad, costos, eficiencia, seguridad y sustentabilidad (*PNS 2004-2010 Volume I*).

La evaluación del plan de salud sigue una metodología referida a Portugal continental y para cada indicador definido es atribuido una unidad de medida

¹³⁰ European Health for All Database, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.

¹³¹ OCDE Health Data 2003, OCDE, París, 2003.

¹³² Iniciativa del Alto Comissariado da Saúde (ACS) en conjunto con la Universidade Nova de Lisboa, la Escola Nacional de Saúde Pública y apoyada por las Administrações Regionais de Saúde (ARS) responsables de la elaboración de las estrategias regionales o Planos Regionales.(Ministério da Saúde/ACS, 2009).

¹³³ De un total de 233 unidades de salud familiar USF existente en los 18 distritos de Portugal continental. Consultado en febrero 2010 en: <http://www.mcsp.min-saude.pt/>

(porcentaje, por número de habitantes, años de vida, euros, dosis) una periodicidad de tiempo (anual, quinquenal y año escolar) que contempla una comparación internacional¹³⁴. La fuente de datos está conformada por información de la *Direcção-Geral de Saúde (DGS)* y las *Administrações Regionais de Saúde (ARS)*, *Ministério da Justiça*, *Instituto Nacional de Estatística (INE)*, *Inquérito Nacional de Saúde (INS)*, *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge INSA*, *Registo Oncológico Regional Sul ROR Sul*, *Administração Central do Sistema de Saúde ACSS*, *Instituto Nacional de Medicina Legal (INML)*, *Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) (GEP)*, *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde INFARMED*.

En consecuencia, fueron definidos 122 indicadores con sus respectivas metas, divididos en 14 áreas de intervención organizadas según el abordaje de *settings* (*escolas, prisões, centros de saúde, hospitais, locais de trabalho*), según el abordaje del ciclo de vida (*nascer com saúde, crescer com segurança, uma juventude à procura de um futuro saudável, uma vida adulta produtiva e um envelhecimento activo*); que se suman al abordaje denominado *gestão integrada da doença* (*neoplásicas, cardiovasculares, mentais e traumatismos*) (ACS/Ministério da Saúde, 2010).

Recientemente, durante la realización del *III Forum Nacional de Saúde* (marzo 2010) se anunció el logro (al año 2008), de un 30% de las metas establecidas por el *PNS 2004-2010*¹³⁵. Este avance fue atribuido por el ACS principalmente a la evolución positiva a nivel nacional de los indicadores de mortalidad que en un 85% mostraron una disminución, a la disminución del consumo de algunos medicamentos, y al aumento del valor porcentual de los medicamentos genéricos (que pasó de representar 1,8% del mercado total de medicamentos el año 2001 a un 18,6% el año 2008, superando la meta de 10% para el año 2010)¹³⁶.

De acuerdo a los datos proporcionados durante el encuentro nacional de salud, el

¹³⁴ La fuente de comparación internacional son la OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, HFA/WHO – Health for All, World Health Organisation, Eurostat, Eurocare – Projecto europeu ‘Survival of cancer patients in Europe’

¹³⁵ Programa III Forum Nacional de Saúde, 8 e 9 Março 2010. Consultado en <http://www.acs.min-saude.pt/>

¹³⁶ Presentación de la da Alta Comissária da Saúde, Maria do Céu Machado, na sessão de abertura do 3º Fórum Nacional de Saúde – para um futuro com saúde, sobre a evolução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponible en <http://www.acs.min-saude.pt/>

resultado de los indicadores están agrupados en aquellos que a nivel de país alcanzaron o “superaron la meta”, éstos son las tasas de mortalidad infantil y el nacimiento en mujeres adolescentes (que de un 5,9% el año 2001 pasó a un 4,2% el año 2008 traspasando la meta de un 5% nacional para el año 2010), la mortalidad por accidentes de tránsito (en menores de 65 años pasó de un 15,1% el año 2001 a un 7,9% el año 2008 superando la meta de 8% del año 2010 a nivel de país). El siguiente grupo de indicadores son los que se encuentran “camino a la meta”, correspondientes a la esperanza de vida al nacer (de 77 años de vida el 2001 para 78,9 años el 2008, acercándose a la meta de 81 años de vida para el 2010) y la disminución del consumo de quinolonas en el consumo total de antibióticos a nivel del servicio ambulatorio (de un 14,9% a un 12,7% meta 10,6% al 2010). Entre el tercer grupo correspondiente a aquellos que tuvieron un resultado en “sentido contrario a la meta”, están los nacimientos pre-término, la tasa de bajo peso al nacer, partos por cesárea, el aumento de la obesidad especialmente relevante arriba de los 55 años y el consumo de antidepresivos (que pasó de un 115,6% el año 2001 a 152,1% el año 2008, cuando la meta para el año 2010 es de un 92,5%) y finalmente suicidios.

Finalmente la evaluación del plan entregada durante el encuentro entrega el resultado de una encuesta referida al conocimiento y lectura del PNS 2004-2010 entre médicos y enfermera/os, con resultados que arrojaron que el 81% de los profesionales de la salud conoce o ya ha oído hablar del PNS 2004-2010¹³⁷.

3.2 Estructura del plan de salud, Cuestionario Guía e Indicadores

La estructura del documento del PNS 2004-2010 portugués, como la generalidad de los planes de salud recomendados por la OMS, sigue una disposición cuya primera parte es introductoria, donde se dan a conocer los principales objetivos del plan y la situación general de la salud y una segunda parte que detalla los objetivos de la intervención, los problemas de salud y las metas a alcanzar. Esta estructura ha sido identificada en el estudio de la sensibilidad de género de los planes de salud de Peiró, et.

¹³⁷ Apresentação de la da Alta Comissária da Saúde, Maria do Céu Machado, na sessão de abertura do 3º Fórum Nacional de Saúde – para um futuro com saúde, sobre a evolução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponible en <http://www.acs.min-saude.pt/>

al (2004) ¹³⁸ y aplicada en este trabajo de investigación de tesis(Ver Cuadro 1).

Cuadro 1.
Contenidos del PNS de Portugal 2004-2010

| Contenidos Simbólicos | Contenidos Operativos |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Objectivos Estratégicos: ganhos em saúde no ciclo da vida, mudança no cidadão, diálogo intersectorial (Volumen I).</i> • <i>Processo de Planeamiento: valores orientadores (Volumen I).</i> • <i>Ponto de Partida: estado de saúde dos Portugueses, sistema de saúde em Portugal (Volumen I).</i> | <p><i>Principais Estratégias do Plano:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>I Estratégias Gerais: Prioridade aos mais pobres, abordagem programática e settings (escola, trabalho, prisões)</i> • <i>II Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos: Abordagem no ciclo da vida e na gestão da doença.</i> • <i>III Estratégias para a Gestão da Mudança: Mudança centrada no cidadão, inovação do sistema de saúde, reorientar o sistema de saúde e utilização do medicamento.</i> • <i>IV Estratégias para Garantir a Execução do Plano: Mecanismos de acompanhamento do Plano, recursos, diálogo e quadro legal.</i> |
| <p>Nota: Estos contenidos corresponden a la estructura para la aplicación del Cuestionario de Sensibilidad de Género Rosana Peiró et. al. (2004), que sigue la distribución de contenidos que los planes de salud orientados por la OMS adoptan en la mayoría de los casos. Para cada una de estas partes o contenidos, se asigna un conjunto de preguntas y a su respuesta un grupo de indicadores de sensibilidad de género. El nivel de sensibilidad de género y su correspondiente indicador, miden en el plan de salud, el grado en que los objetivos generales, la descripción de la situación de salud y las intervenciones contempladas, tienen en cuenta la dimensión de género y proponen acciones para reducir las desigualdades que provoca.</p> | |

La primera parte del plan es definida de acuerdo al estudio de Peiró (et.al, 2004) de Contenidos Simbólicos e incluye la introducción, los objetivos generales, los valores y principios orientadores, la situación de salud de la población portuguesa y del sistema de salud. La segunda parte del plan, de los Contenidos Operativos, es la que hace referencia a las estrategias del plan, los abordajes según programas y entornos de salud, el enfoque según el ciclo de la vida y gestión de las enfermedades, el sistema de salud y

¹³⁸ Estudio en que fue diseñado el Cuestionario Guía que utilizamos en esta tesina, para medir la sensibilidad de género del PNS 2004-2010, el Cuestionario Guía de sensibilidad de género (Peiró et. al., 2004) fue diseñado para el examen de los planes de salud que siguen las orientaciones de la OMS. Véase Rosana Peiró, et. al (2004).

la utilización de medicamentos, cada conjunto de estrategias presentan objetivos y acciones a desarrollar.

El Cuestionario Guía (Peiró et al 2004) dispone de preguntas para ambas partes del plan de salud, (Ver Cuadro 2 de la página siguiente) y de indicadores de sensibilidad que permiten una evaluación general y a la vez desagregada del PNS 2004-2010. La sensibilidad de género en este trabajo es definida como el grado en que los objetivos generales, la descripción de la situación de salud y las intervenciones contempladas en el PNS 2004-2010, tienen en cuenta la dimensión de género y proponen acciones para reducir las desigualdades que provoca (Peiró, et. Al 2004).

Los indicadores de sensibilidad para la parte simbólica y operativa del plan son atribuidas a la respuesta a cada una de las preguntas del Cuestionario Guía tanto para la parte simbólica como la operativa. Como se aprecia en el Cuadro 2 de la página siguiente, las preguntas correspondientes a los Contenidos Simbólicos son tres y evalúan la presencia o ausencia de la respuesta afirmativa a preguntas relativas a los objetivos generales, a los principios orientadores del plan y por último a la consideración de los determinantes de la salud en los datos relativos la situación de salud de la población, cuando éstos últimos se entregan desagregados. Los resultados de la sensibilidad simbólica del plan, se presentan en la Tabla 1 de Sensibilidad Simbólica que resume los contenidos simbólicos, primera parte del plan.

El conjunto de preguntas para los Contenidos Operativos se centran en la existencia de respuesta afirmativa para tres grupos de preguntas, primero para la descripción de la situación de salud desagregada por sexo, un segundo grupo de preguntas para las intervenciones relacionadas a las desigualdades de género, y un tercer y último grupo de preguntas relativas a la existencia de capítulos específicos relacionados con la salud reproductiva, la salud de las mujeres, o a la población en situación de exclusión social.

Cuadro 2.

Cuestionario Guía de Sensibilidad de Género (Peiró et. al, 2004)

| Preguntas para los contenidos simbólicos: | Preguntas para los contenidos operativos: |
|---|--|
| <p>➤ ¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud desagregados por sexo?</p> <p>➤ ¿Entre los principios y valores, reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?</p> <p>➤ ¿Entre los objetivos generales, se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?</p> | <p>En la descripción de la situación de salud:</p> <p>1. ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo?</p> <p>En la intervención:</p> <p>1. ¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población?</p> <p>2. ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?</p> <p>3. ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?</p> <p>En los capítulos específicos:</p> <p>1. ¿Incluye un apartado sobre salud reproductiva?</p> <p>2. ¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en la población en general?</p> <p>3. ¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?</p> |
| <p>Nota: Este Cuestionario Guía (Peiró et. al, 2004) fue diseñado para medir en los planes de salud la respuesta afirmativa a cada pregunta, dicha respuesta tiene un valor correspondiente a un indicador, 1 corresponde a una respuesta afirmativa y 0 a la ausencia de esta respuesta afirmativa. Para los contenidos simbólicos, el nivel va de 0 a 3, correspondiente a la suma de las 3 respuestas al cuestionario para la parte simbólica. El nivel 0 es nula sensibilidad de género, el nivel 1 es baja, 2 es media y 3 respuestas afirmativas es alto nivel de sensibilidad simbólica. Los indicadores para la parte de los Contenidos Operativos corresponden a un otro conjunto de preguntas que se divide en dos tipos, indicadores para la descripción de la situación de salud, e indicadores para la intervención que propone el plan de salud. Los indicadores para la descripción son de 0 ó 1, correspondiente a la ausencia o presencia de respuesta afirmativa. Los indicadores de sensibilidad operativa para las intervenciones van de 0 a 3 relativas al mismo número de posibles respuestas, 0 es nula sensibilidad, 1 baja, 2 media, 3 alta sensibilidad operativa. Cada valor numérico es representado por un diseño o imagen. Este Cuestionario Guía (Peiró et. al, 2004), aún incluye un tercer grupo de indicadores para los contenidos operativos que se refieren a capítulos específicos sobre salud reproductiva o de la mujer, que van de 0 a 3 en la misma escala de valor. Mas como indicamos, no existen como capítulos aparte, estas materias están distribuidas a lo largo de otras estrategias.</p> | |

Desde ya adelantamos que el PNS 2004-2010, no incluye un apartado de salud reproductiva, ni de salud de la mujer, ni de salud para grupos de exclusión social. En la revisión del plan de salud, encontramos estas materias dentro de ítems generales, según el ciclo de la vida, algunas enfermedades, y mudanza en el ciudadano. Bajo estos

enfoques no se explicitan como relativas a la salud reproductiva o de la mujer.

Las Tablas de sensibilidad operativa, se presentan al fin de cada conjunto de estrategias del plan, e incluyen los indicadores para la descripción de la situación o problema de salud y para la intervención que propone cada estrategia y objetivo, por ejemplo por etapas de la vida, entornos de salud, enfermedades.

Los resultados de la aplicación del Cuestionario Guía para la parte de los Contenidos Operativos, se presentan en una Tabla al fin de cada conjunto de estrategias. Desde ya, para definir el nivel de sensibilidad de género, se busca la respuesta positiva a la pregunta sobre la descripción por sexo y a las preguntas sobre las intervenciones propuestas relativas a la desigualdad de género o para grupos socialmente excluidos. Por cada respuesta positiva se atribuye el valor 1, por respuesta negativa un 0, a mayor número de respuestas positivas mayor es la sensibilidad de género que va de un rango de nulo, bajo, medio a alto.

La sensibilidad de género de los Contenidos Simbólicos representa la respuesta afirmativa a las tres preguntas del cuestionario simbólico, por tanto el rango de sensibilidad simbólica va de 0 a 3. La sensibilidad nula representa 0 respuestas afirmativas, baja sensibilidad representa 1 respuesta afirmativa, media y alta sensibilidad corresponde a 2 y 3 respuestas afirmativas respectivamente.

Para los Contenidos Operativos, la sensibilidad de género es presentada en las Tablas para la descripción al lado izquierdo de la barra diagonal, y para la intervención al lado derecho de la misma barra. La sensibilidad de género por descripción del problema o situación de salud, es de 0 a 1 correspondiente a la respuesta afirmativa de una pregunta. La sensibilidad por intervención propuesta es de 0 a 3 (nulo, bajo, medio y alto, respectivamente) correspondiente a la respuesta afirmativa de tres preguntas.

A continuación, el plan de salud se describe de manera general para dar a conocer los principales ámbitos que aborda y para identificar la información relativa a las preguntas del Cuestionario Guía para los Contenidos Simbólicos y Operativos. Al fin de la parte simbólica se presenta la Tabla de Sensibilidad Simbólica, y al fin de cada conjunto de estrategias correspondiente a la parte operativa del plan, se presentan Tablas de Sensibilidad Operativa, que incluyen el índice atribuido para la descripción y para la

intervención.

3.3 Sensibilidad de género de los Contenidos Simbólicos del PNS 2004-2010

Los Contenidos Simbólicos del PNS 2004-2010, corresponden a la introducción del plan, los objetivos estratégicos, los valores y principios orientadores del plan, también, en esta primera parte se ubica el estado de salud de la población y la situación del sistema de salud portugués.

El plan hace referencia a la evolución positiva de los indicadores, expresado en la disminución de la mortalidad y mayor esperanza de vida¹³⁹. Con todo destaca las diferencias en algunos casos muy marcadas, al nivel de regiones y estratos socioeconómicos. Respecto a los objetivos para la salud, la reducción de las desigualdades sociales y entre ellas las de género no hacen parte de los objetivos generales declarados.

El *PNS 2004-2010* describe tres grandes objetivos estratégicos referidos a: el abordaje del ciclo de la vida, el cambio en el ciudadano y la capacitación del sistema de salud para la innovación, promoviendo la obtención de recursos y la cooperación intersectorial (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 19). Los valores orientadores declarados en el PNS 2004-2010 contemplan la justicia social, la universalidad, la equidad, el respeto por la persona humana y la solidaridad (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 25).

Los datos de partida que el plan tiene en consideración se basan en informes de la salud correspondiente a los años 2000/2001/2002¹⁴⁰ para los cuales define metas que guiarán las intervenciones propuestas. De esta forma, el plan describe la salud en tres aspectos: como ausencia de enfermedad, como bienestar y como aptitud funcional. Para cada una de estas facetas se describe un punto de situación con datos e indicadores y sus

¹³⁹ Ya ha sido referido que en no pocos casos, la toma de decisiones basadas en línea epidemiológica es inicialmente parcial o sesgado para el género, con consecuencias principalmente para las mujeres. "Women are significantly more likely than men to suffer from a number of different conditions at once. [...] Many of their health problems or health needs are invisible, unaddressed, undiagnosed or asymptomatic with the need for family planning and the effects of violence and illegal terminations coming high on that list." (Doyal, 2003, pág. 7).

¹⁴⁰ En el PNS 2004-2010 es citado como fuente de los datos el Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação*.

respectivas metas. Sin embargo no se toma en consideración indicadores o metas relativos a determinantes sociales de la salud¹⁴¹, como el género, el estrato social, origen geográfico o pertenencia racial o étnica, nivel de estudios ni situación frente al trabajo.

En el *PNS 2004-2010*, la situación de salud entendida como ausencia de enfermedad considera los indicadores de esperanza de vida según sexo y en relación a la media europea¹⁴², otro indicador es el de Años de Vida Potencial Perdidos correspondiente al año 2001 y según sexo, la mortalidad para el año 2002 y dentro de ella la tasa de mortalidad infantil al año 2002 y en relación al resto de los países europeos, las principales causas de muerte de la población portuguesa al año 2001 sin considerar el sexo, las enfermedades que causan mayor la morbilidad, invalidez y mortalidad en Portugal, tipos de cáncer según sexo, los accidentes, el consumo de alcohol. Son consideradas las diferencias a nivel de regiones sobre el estado de salud de la población cuyas costumbres y estilos de vida puede revelar inequidades de acceso a los cuidados de salud (*PNS 2004-2010 Vol. I*, pág. 29-31). En su mayoría estos datos no están desagregados por sexo y no tienen en consideración determinantes de carácter social.

Desde el enfoque de la salud como bienestar, el plan nacional considera la autopercepción de la salud como un indicador recomendado por la OMS para la evaluación de la salud de las poblaciones y para reducir las desigualdades evidentes de este indicador entre hombres y mujeres (*PNS 2004-2010 Vol. I*, pág. 31-32). Son consideradas para la referencia las encuestas realizadas desde el año 1995/1996 y 1998/1999¹⁴³. El estado de la salud abordada desde la aptitud funcional de la población portuguesa, toma en cuenta el estudio que el *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)* publicó el 2002 sobre las capacidades funcionales de las personas

¹⁴¹ La consideración al contexto social demográfico y económico aparece en el Atlas do Plano Nacional de Saúde (PNS) documento elaborado en la secuencia de la monitorización y evaluación del PNS 2004-2010 y del proceso de construcción del nuevo PNS 2011-2016.

¹⁴² Para hombres 73,5 y para mujeres 80,3 años de esperanza de vida, para ambos sexos 76,9 años abajo de la media europea que se situa en 78,2 años. Esta información tiene como fuente de datos es el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Portugal, Estadísticas Demográficas 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas, Eurostat, Database, 2001.

¹⁴³ La población estudiada considera su estado de salud en alguna de las tres siguientes categorías: mala/muy mala, razonable, muy buena/buena. Las mujeres consideraron su estado de salud como “mau” ou “ muito mau” más frecuentemente que los hombres. Inquéritos Nacionais de Saúde, INS, anos 1995/1996 y 1998/1999, (*PNS 2004-2010 Vol. I*, pág. 31).

mayores. Sin embargo los resultados de indicador de salud no se presentan desagregados por sexo ni asociados a algún determinante social¹⁴⁴ (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 32).

En esta primera parte de contenidos se reafirma el abordaje centrado en la familia, en el ciclo de vida y en la gestión de las enfermedades como estrategias para la intervención. El *PNS 2004-2010* establece la definición de metas para la salud, también dar prioridad a la gestión de la información y el conocimiento para la toma de decisiones¹⁴⁵, y determina plazos para ser presentadas las propuestas al *Ministério da Saúde* (noviembre 2004) (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 17).

Respecto a la situación del sistema sanitario portugués, el PNS 2004-2010 describe los recursos financieros, referente al año 2001 en que el área de la salud representaba en Portugal el 9,3% del PIB, dentro del cual el peso de los gastos destinados al Servicio Nacional de Saúde (SNS) representaba el 6,1% de dicho PIB. La infraestructura y recursos humanos se distribuyen en los diferentes niveles de cuidado, primarios, hospitalario, continuados y de salud mental (al año 2001), en que se destaca que los trabajadores del sector constituyen el 3,4% de la población empleada con 174.963 funcionarios (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 32).

Como estrategias globales para el sistema de salud portugués, se consideran “providenciar ao cidadão um *atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso)*, con *efetividade, humanidade e custos sustentáveis* ao longo do tempo” (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 27). Mayor coordinación vertical entre los niveles de cuidados, un refuerzo en la gestión horizontal en articulación en diversos lugares las escuelas, lugares de trabajo, junto de las personas mayores y vulnerables de la comunidad (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 28).

Teniendo en cuenta la situación del sistema de salud el PNS 2004-2010 establece metas generales al año 2010 que hacen referencia a indicadores como la cantidad de

¹⁴⁴ De manera general, el plan nacional indica que un 8,3% de los individuos declara tener incapacidad, un 12% declara necesitar de ayuda para actividades diarias. La mayoría, esto es un 92,5% de los individuos declara poseer incapacidad funcional (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 32).

¹⁴⁵ A cargo de un organismo responsable de esta función (DGS-IGIF). Véase Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 17

médicos por habitantes, dentistas, farmacéuticos, enfermeros, número de consultas por habitante al año, urgencias, consultas externas, hospitalizaciones, nivel de satisfacción de los profesionales de la salud, de los usuarios del sistema de salud, y la evaluación del impacto de la salud. Finalmente, el plan de salud refiere que la concretización de tales metas deberá reflejarse en la reducción de las desigualdades regionales y entre los géneros (Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 28-29).

A continuación, se presenta la Tabla 1 de Sensibilidad Simbólica donde se incluye la respuesta a las tres preguntas del Cuestionario Guía, por cada respuesta afirmativa se ha asignado el valor 1. La suma de respuestas afirmativas da como resultado un nivel de sensibilidad: 0 es nulo, 1 es bajo, 2 es medio y 3 es alto índice de sensibilidad.

Como vemos, el resultado de la aplicación del Cuestionario Guía da un bajo nivel de sensibilidad simbólica de género al PNS 2004-2010 (Ver Tabla 1 de la página siguiente). En este cuadro se incluye la información resumida a la que se atribuye el indicador. Reiteramos que las desigualdades de género en la salud no son uno de los objetivos del plan. Respecto a los principios y valores, todas las acepciones que cita el plan de salud y más precisamente la idea de equidad, puede interpretarse con un sentido de reducción de desigualdades, en las que evidentemente pueden ser contempladas las desigualdades debidas al género.

Finalmente, si bien algunos datos en esta parte del plan se encuentran desagregados por sexo, por sí solos no reflejan las desigualdades debidas a las determinantes sociales, tampoco se hace referencia a ellos como tales.

Tabla 1.
Sensibilidad Simbólica de Género del PNS 2004-2010

| Contenidos simbólicos del PNS 2004-2010 | Sensibilidad simbólica |
|--|------------------------|
| <p>Objetivos generales: ¿se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?</p> <p>La reducción de las desigualdades de género no es un objetivo transversal. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 19).</p> | 0 |
| <p>Valores y principios: ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?</p> <p>Reducir las desigualdades de género no forma parte de los valores que orientan el plan de salud, pero sí entre los ejes se encuentra la equidad (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 25).</p> | 1 |
| <p>¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud desagregados por sexo?</p> <p>En el estado de salud de la población: no son considerados los determinantes de la salud en relación a datos entregados por sexo. Sólo se presentan datos desagregados por sexo en indicadores como ausencia de enfermedad esperanza de vida al nacer, Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP), la mortalidad por cáncer, la autopercepción de la salud según informes que presentan datos por sexo y edad. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 29).</p> | 0 |
| Índice de sensibilidad simbólica de género | 1 (bajo) |
| <p>Nota: El indicador 0 corresponde a la ausencia de respuesta afirmativa para la pregunta, el indicador 1 representa respuesta afirmativa, la suma de las repuestas afirmativas (cuyo máximo es 3), da un total de sensibilidad por Contenidos Simbólico donde 0 es nula sensibilidad, 1 es baja, 2 es media y 3 es alta sensibilidad simbólica. En el plan de salud portugués, la sensibilidad simbólica sumó 1, correspondiente a un bajo nivel de sensibilidad.</p> | |

3.4 Sensibilidad de género de los Contenidos Operativos del PNS 2004-2010

Como fue mostrado en el Cuadro 1, la segunda parte del plan de salud portugués correspondiente a los contenidos operativos, que contempla cuatro conjuntos de estrategias (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 39):

I. Estratégias Gerais:

- 1. Prioridade aos mais pobres,*
- 2. Abordagem programática,*
- 3. Abordagem con base em settings: escolas, local de trabalho, prisões.*

II. Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos:

- 1. Abordagem centrada na família e no ciclo da vida*
- 2. Abordagem na gestão integrada da doença*

III. Estratégias para a Gestão da Mudança:

- 1. Mudança centrada no cidadão*
- 2. Capacitar o sistema de saúde para a inovação.*
- 3. Reorientar o sistema de saúde*
- 4. Utilização do medicamento*

IV. Estratégias para Garantir a Execução do Plano:

- 1. Mecanismos de acompanhamento da execução do Plano*
- 2. Cativação de recursos*
- 3. Diálogo*
- 4. Quadro legal*

Como se aprecia, los contenidos operativos se distribuyen en cuatro conjuntos de estrategias y en ese orden son presentados a continuación. Al final de cada conjunto de estrategias se presenta una Tabla de Sensibilidad Operativa que indica el nivel para la Descripción y para la Intervención descritas en el plan, con base a las respuestas del

Cuestionario Guía para los contenidos operativos (Ver Cuadro 2).

El plan de salud portugués, no incluye capítulos o apartados específicos relativos a la salud reproductiva, la salud de las mujeres o la salud de población excluida, estas materias han sido incorporadas en las estrategias del plan que se orientan por el ciclo de la vida, los entornos de salud, la gestión de las enfermedades y la mudanza del ciudadano. Particularmente, la salud reproductiva en el PNS 2004-2010, puede ser localizado -si bien su mención no es explícita- en la etapa denominada *Nascer com Saúde*, del *Abordagem centrada na família e no ciclo da vida* correspondiente al segundo conjunto de estrategias del plan *Obter Mais Saúde para Todos*.

I. Estratégias Gerais

Este primer conjunto de estrategias contempla tres objetivos transversales: priorizar por los más pobres, un abordaje programático y un abordaje en base a *settings*.

1. Prioridade aos mais pobres

La descripción del primer objetivo, *prioridade aos mais pobres*, hace alusión a las poblaciones más pobres sin distinción ni referencias a grupos específicos por sexo o raza, u otra categoría de estratificación social. No dispone de datos desagregados por sexo. A grandes rasgos, esta estrategia reconoce la profundización de los problemas de salud asociados a la pobreza y a la exclusión social, de manera general, debido a cuatro fenómenos: las desigualdades sociales, al envejecimiento de la población, al movimiento de la población y el número creciente de inmigrantes.

Los problemas relativos al acceso a la salud y a los medicamentos son atribuidos a la falta de recursos, las condiciones de vida y la exclusión social. El plan reconoce que las dificultades en el acceso a la salud y a los medicamentos, a su vez acentúan los problemas socioeconómicos y la exclusión social. Finalmente resalta que las poblaciones mas pobres sufren un mayor impacto de enfermedades crónico degenerativas, de tuberculosis, comportamientos adictivos, violencia, SIDA entre otros (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 43).

En este punto del plan, no se identifican objetivos específicos ni líneas de acción precisas para los grupos excluidos socialmente, tampoco para disminuir las

desigualdades de género. Los objetivos que plantea este abordaje son mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de 'la población mas pobre', de esta forma reducir las desigualdades en la salud y la disminuir el peso de las enfermedades asociadas a la pobres y a la exclusión social. Recomendando la adopción de algunas estrategias que se han mostrado eficaces en otros países de la Unión Europea¹⁴⁶, entre las que destaca el abordaje territorial¹⁴⁷ y al abordaje por *settings*, desarrollados en las estrategias siguientes del plan de salud, así también la coordinación del *Ministério da Saúde* con otros sectores de la sociedad en la promoción de políticas de discriminación positiva para los más desfavorecidos (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 43-44).

2. Abordagem programática

Este enfoque se refiere a los *Programas Nacionais de Intervenção*, que de forma horizontal son desarrollados en coordinación con otros programas ya existentes y sub programas. El plan de salud aclara que las orientaciones generales están asentadas sobre planes, programas y proyectos ya existentes. De la lista de planes y programas que anexa el plan de salud portugués, en consideración a su denominación o nombre, se puede subentender que existen planes y programas que pueden tener relación con la reducción de desigualdades de género en la salud y las desigualdades en la salud de grupos socialmente excluidos.

Es de tener en cuenta, que se trata de una lista de los programas vigentes o en trámite, ubicada como anexo del plan de salud. Para efectos de evaluar la sensibilidad operativa de este apartado, se ha considerado que la mención a planes y programas a cuyo nombre o temática alude a la salud de las mujeres, a la disminución de las desigualdades sociales y de género, representa una respuesta afirmativa a las preguntas del Cuestionario Guía para la intervención. Esto es que se ha subentendido que contienen objetivos específicos y líneas de actuación en este sentido.

Por consiguiente se ha tenido en cuenta la mención de los siguientes planes y

¹⁴⁶ Al respecto cita el documento de Mackenbach,J.;Bakker,M.- Tackling socioeconomic poderia ter um impacto significativo na melhoria do acesso aos serviços de European experiences.The Lancet; Vol.362 (2003)1409-1414. Véase (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 43).

¹⁴⁷ Sobre el abordaje territorial, refiere: “Ela poderia ter um impacto significativo na melhoria do acesso aos serviços de saúde das populações desfavorecidas e concentradas territorialmente” (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 43-44).

programas listados en el Anexo del PNS 2004-2010, *Volumen II*¹⁴⁸: *II Plano Nacional para a Igualdade (CIDM/Ministro da Presidência, Res. Cons. Ministros nº 184/2003, de 6 de Novembro)*; *Programa Nacional de Redução das Desigualdades em Saúde (DGS, regulação Inexistente)*; *Projecto Unidades Móveis (DGS)*; *Programa de cuidados de saúde a imigrantes (DGS, regulação Inexistente)*; *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS Despacho 465/2003, de 15 de Dezembro)*; *II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (CIDM/Ministro da Presidência, Res. Cons. Ministros nº 88/2003, de 13 de Junho)*; *Programa de Apoio Integrado a Idosos (ISSS, Desp. 1-7-1994 do M. Saúde e Emp. e da Seg. Social DR, II Série, de 20.7.1994)*; *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS Aguarda aprovação Ministerial)*; *Rede de Referenciação Materno-Infantil (DGS Despacho de 26 de Abril de 2001)*.

3. Abordagem com base em settings: escolas, trabalho, prisões

a) Escolas

Para las escuelas como entorno de salud, la descripción de los datos no son desagregados por sexo. El plan de salud hace referencia a la buena cobertura de los programas de salud escolar, pero destaca que las actividades de monitorización del estado de salud de los alumnos no ha sido mejorada¹⁴⁹ (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 45). Se hace referencia a la a la diversidad de temas que abarca la educación para la salud en el apoyo al currículo escolar, entre las cuales alimentación, vida activa saludable, prevención de la violencia, educación para la ciudadanía, educación sexual y afectiva, SIDA, y consumo nocivos de alcohol, tabaco y drogas, si bien hace notar que no existen orientaciones técnicas que guíen estas intervenciones en la escuela¹⁵⁰.

El plan no presenta objetivos ni líneas de actuación para reducir las

¹⁴⁸ Véase Anexo 2 – Programas Nacionais, Plano Nacional de Saúde Orientações Estratégicas para 2004-2010, Mais Saúde para Todos, Ministério de Saúde, 2004.

¹⁴⁹ De manera general se describe que al año 2002, pese a la buena cobertura de los programas de salud escolar (96% de las escuelas) la monitorización del estado de salud es considerada baja (71% a los 6 años y 34% a los 13 años) y entre los alumnos con necesidades un poco más del 50% resolvió sus problemas al final del año escolar (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 45).

¹⁵⁰ También menciona la existencia del proyecto europeo de escuelas promotoras de la salud cuya *Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde* (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 46).

desigualdades de género, ni para reducir la exclusión social de grupos específicos. Las propuestas se basan en promover la salud y prevenir las enfermedades, a través del aumento de la cobertura del *Programa de Saúde Escolar* dependiente de los centros de salud, mejorar la monitorización del estado de salud de los alumnos particularmente con necesidades especiales, la evaluación de las condiciones de seguridad e higiene en las escuelas. La estrategia de intervención apunta a la vigilancia de los exámenes de salud, las vacunas del programa nacional, vigilancia del hacinamiento, encaminamientos, promoción de la salud oral y estilos de vida saludables. También refiere el apoyo al desenvolvimiento curricular de la educación para la salud y de las escuelas promotoras de salud (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 46).

Finalmente identifica las metas para la salud escolar en torno a catorce intervenciones, referidas a planes de vacuna, tratamiento de dientes y de monitorización dirigidas a menores hasta 13 años y alumnos con necesidades especiales, también relativas a la higiene y la seguridad de los recintos escolares¹⁵¹. Entre las metas establece la normalización de las intervenciones de promoción de la salud escolar con orientaciones técnicas definidas¹⁵² (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 47). Como referimos, las metas planteadas no consideran datos desagregados por sexo, ni grupos socialmente excluidos, ni disminuir desigualdades de género.

b) Local de trabalho

Respecto al *setting* correspondiente al *local de trabalho*, no hay información desagregada por sexo y la situación se describe de manera concluyente: existe necesidad de mejor información y conocimiento en materia de salud ocupacional, pues ésta no está disponible.

Para la reducción de las desigualdades de género en el lugar trabajo no se definen metas objetivos. Se plantean intervenciones respecto a la creación de

¹⁵¹ Equipos de salud escolar, monitorización de salud a los 6 y 13 años, actualización en la pre-escuela del Plano Nacional de Vacinas (PNV), atención en el año lectivo a los alumnos con necesidades especiales, evaluación de las condiciones de seguridad e higiene (de las escuelas, medio ambiente, edificios y recintos), normalización de las intervenciones de promoción de la salud escolar con orientaciones técnicas definidas, niños libres de cáries (a los 6 años, problemas de dientes a los 12 años). (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 47).

¹⁵² Que desde una cobertura del 20% de los establecimientos al año 2002/2003 se plantea alcanzar el 100% para el año 2010. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 47)

organismos comola creación de de un *Observatório de Doenças Profissionais*, el desarrollo del *Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho* basado en los principios de un *Plano Nacional de Acção para a Prevenção*¹⁵³, Plantea la incorporación de los centros de salud en los *Centros Regionais de Saúde Pública* para el cumplimiento por parte de las empresas de la región de los requisitos legales en materia de higiene, salud y seguridad y estilos de vida saludables de sus trabajadores (en masculino).

c) Prisões

Respecto de las prisiones, el plan de salud refiere que al año 2001 Portugal representaba en Europa occidental la más alta tasa de población reclusa y entre ellos un alto porcentaje de consumidores de droga¹⁵⁴. Se reconoce que este entorno de salud se encuentra mal caracterizado, si bien es conocido que la toxicodependencia es el primer problema de esta población, junto con los problemas de salud mental, suicidios (5 a 10 muertes al año por suicidio o sobredosis), consumo de psicotrópicos. Otra información que describe el plan es que en las cárceles portuguesas un 16% de la población tiene VIH/SIDA. Asimismo se describen los porcentajes de la población con hepatitis C y B, la alta incidencia de tuberculosis y entre otras las necesidades de salud oral. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 49). En este apartado del plan respecto a las condiciones de salud en las prisiones portuguesas, no se hace distinción al género, ni se detallan las condiciones de salud en esta población diferenciadas por sexo.

El plan no propone acciones u objetivos específicos para la reducción de las diferencias de género en este entorno de salud o debidas a las desigualdades sociales debidas a la clase socioeconómica o a la pertenencia racial o étnica.

Sin consideración al género u otro estratificador social, el plan propone un futuro programa de acción donde estén contemplados los problemas de salud de los trabajadores prisionales y la evaluación de los protocolos existentes entre los establecimientos prisionales y las *Administrações Regionais de Saúde (ARS)*, así como

¹⁵³ Este plan es resultado del acuerdo sobre condiciones de trabajo higiene y seguridad establecido por el Concelho Económico e Social de 2001. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 48).

¹⁵⁴ Octubre 2002, un total de 14.126 reclusos, 65,4% de la población penal fueron consumidores de droga (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 48).

las sub-regiones y los *centros de saúde*, que determinan las condiciones de asistencia médica y administración de medicamentos de acuerdo a sus necesidades específicas de salud y de justicia de los reclusos.

El plan refiere que no se dispone de información estadística para la situación actual relativa a la salud de la población prisional en Portugal, con metas para el año 2010, en los siguientes indicadores: diseño de sub-programa para prevención de enfermedades infecciosas¹⁵⁵, cobertura de vacuna de los trabajadores y detenidos, sub-programas de promoción de salud mental en ambiente prisional (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 50). No hay metas para la reducción de desigualdades debidas al género, a la clase social o la pertenencia racial o étnica.

En la Tabla 2 de la página siguiente se presentan los resultados de sensibilidad operativa de género para este conjunto de estrategias. La descripción de los problemas de salud no son presentados por sexo ni por determinantes sociales. Las intervenciones propuestas, tienen un bajo nivel de sensibilidad de género atribuido básicamente a la consideración de grupos socialmente excluidos, es el caso de las estrategias para los mas pobres, las intervenciones propuestas para los entornos de la escuela en términos de educación para la salud, en donde podrían considerarse cuestiones relativas a la sexualidad y desigualdades debidas al género. Finalmente, la estrategia que expresa un mayor indice de sensibilidad es la del abordaje basado en programas, correspondiente a los planes sectoriales de la salud, entre los cuales se menciona el plan de igualdad de género y varios planes o programas que aluden a las desigualdades sociales en la salud.

Estos programas sólo están enunciados y no son detallados en el plan de salud, solo se adjunta una lista al final de los anexos, por tanto no es posible verificar alguna consideración relativa al género.

¹⁵⁵ Véase Ministerio da Saúde, PNS, Doc. Trabalho, 2004, pág. 14.

Tabla 2.
Sensibilidad Operativa de Género
I Estratégias Gerais PNS 2004-2010

| Problema u Objetivo | Descripción / Intervenciones |
|--|------------------------------|
| ESTRATEGIAS GENERALES | |
| <i>1. Prioridade aos mais pobres</i> | 0/1 |
| <i>2. Abordagem Programática</i> | 0//111 |
| <i>3 Abordagem com base em Settings</i> | |
| <i>a) Escola</i> | 0/1 |
| <i>b) Local de trabalho:</i> | 0/0 |
| <i>c) Prisões</i> | 0/0 |
| <p>Nota: El indicador 0 a la izquierda de la barra diagonal, corresponde al valor para descripción de los datos según sexo. A la derecha de la barra diagonal es el valor para las intervenciones propuestas por el plan. Las respuestas positivas tienen un valor de 1, la ausencia de respuesta afirmativa es el valor 0. La mayor cantidad de valores 1 corresponde a mayor nivel de sensibilidad operativa, 0 es nula, 1 es bajo, 2 es media, 3 es máximo.</p> <p>Esta Tabla de sensibilidad operativa, muestra que los objetivos conllevan una nula sensibilidad para la descripción porque no hay datos desagregados por sexo en los problemas de salud que se describen. Por su parte las intervenciones que propone para cada objetivo y entorno varía de nulo a alto, donde hay más sensibilidad corresponde al abordaje programático, por la consideración de programas dedicados a los problemas de las desigualdades de género y la exclusión de grupos sociales. Cabe notar que son programas sectoriales.</p> | |

II Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos

El tercer conjunto de estrategias del PNS 2004-2010, contempla dos estrategias transversales, centrar las intervenciones en la familia y en el ciclo da vida y desarrollar el enfoque de la gestión de la enfermedad.

1. Abordagem centrada na família e no ciclo da vida

Según el plan, esta perspectiva está ganando mayor adhesión por su enfoque sobre los estilos de vida y los problemas de origen social¹⁵⁶ Según indica el plan, este abordaje permite visualizar los principales problemas de salud según rangos de edad, en

¹⁵⁶ El plan se refiere al documento Kuh,D.;Shlomo,Y.B.-A life course approach to chronic disease epidemiology.New York: Oxford University Press,1997.(PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 53).

los diferentes papeles sociales a lo largo de la vida y en los diferentes settings, de acuerdo con el género ¹⁵⁷(PNS 2004-2010, Vol. II, pág. 14). Sin embargo, sólo algunos indicadores están desagregados por sexo y éstos no dan cuenta de las diferencias debidas a otros determinantes sociales, como el estrato socio económico, el nivel de estudios, la distribución geográfica o la pertenencia racial o étnica. Por lo anterior, difícilmente permiten ver papeles sociales, entornos de salud o desigualdades de género, si bien ya es un avance contar con algunos indicadores desagregados por sexo.

Las cinco etapas del ciclo de la vida son: “*Nascer com saúde*” (incluyen embarazo y período neonatal), “*Crescer com segurança*” (hasta los 9 años), “*Uma juventude à procura de um futuro saudável*” (entre los 10 a los 24 años), “*Uma vida adulta produtiva*” (de los 25 a los 64), y “*Um envelhecimento activo* (65 años y más) (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 53).

En el Volumen I del plan nacional, para cada una de las cinco etapas de la vida identificadas se exponen indicadores de salud¹⁵⁸ y las metas a cumplir el año 2010. Los indicadores y metas se distribuyen en cada etapa de la vida definida, y se refieren a tasas de mortalidad, esperanza de vida tasas de cesárea, porcentaje de embarazadas que fuma durante el embarazo, riesgo de muerte, amamantamiento, autopercepción del estado de salud, indicadores para el consumo de tabaco, alcohol, actividad física, peso, obesidad, incapacidad (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 53-56). Los únicos indicadores que presentan porcentajes separados por sexo son los indicadores relativos a la autopercepción de estado de salud, tabaco, actividad física, peso y obesidad.

En el Volumen II del plan nacional de salud, el apartado de este capítulo, se describe con detalle la situación actual para cada una de las etapa de la vida en términos de cobertura de los servicios de atención y plantea intervenciones para mejorarla (PNS 2004-2010, Vol. II, pág. 14-15).

En la primera etapa de la vida se concentra la salud de las mujeres y en términos de salud reproductiva casi invisible bajo el rótulo de “*Nascer com saúde*” que incluyen embarazo y período neonatal, en la segunda etapa está el indicador amamantamiento y

¹⁵⁷ “A abordagem centrada na família e no ciclo de vida justifica-se pelo facto de permitir uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida” (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 53).

¹⁵⁸ Cuya fuente de información es la DGA al año 2001.

en las siguientes etapas las tasas de natalidad de mujeres.

a) *Nascer com saúde (incluyen embarazo y período neonatal)*

Bajo el nombre *Nascer com saúde*, se designa la etapa cuyos indicadores tienen relación sólo con la salud de las mujeres acotado al ámbito reproductivo. No hay datos para varones en este ciclo de la vida. Esta etapa de la vida describe situaciones de salud que tienen que ver con embarazo y período neonatal. Al respecto, el plan de salud explica la elevada cobertura materno-infantil, control de embarazo, la generalizada utilización de contraceptivos post parto y anticonceptivos en todas las edades – sin referencia al uso de métodos anticonceptivos por parte de varones –, el alto porcentaje de partos realizados en hospitales del SNS (más del 90%).¹⁵⁹ asociado a la continua reducción de la mortalidad materna, el bajo porcentaje de bebés con bajo peso, y la disminución de la mortalidad peri-natal.¹⁶⁰

Como problemas el plan define que se mantiene la situación de embarazo no deseado, que subsisten la vigilancia inadecuada en mujeres con baja escolaridad y falta de recursos económicos, embarazos no vigilados, elevadas tasas de cesárea (superior al 20%), aspectos preocupantes de la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos, persiste bajo peso en bebés que nacieron fuera de los hospitales y sin apoyo perinatal diferenciado, anomalías congénitas, (cardiovasculares, de los miembros urogenitales y músculo esqueléticas), escasez de médicos y enfermeros para la cobertura obstétrica. Finalmente se confirma que Portugal es el país con la tasa más elevada de incidencia de sífilis neonatal (PNS Vol. II, 2004, pág. 15).

Como intervención, el plan propone una lista de acciones en términos de promoción, aumento de cobertura y acceso para mejorar los indicadores. Las propuestas incluyen: Aumentar el número de parejas que consulta en periodo preconcepcional para un embarazo, aumentar los esfuerzos dirigidos a las adolescentes y las minorías étnicas, promover la salud mental durante el embarazo y en el primer año después del parto a través de los centros de salud, aumentar la tasa de cobertura de las puerperas (5% al

¹⁵⁹ Información fuente DGS al año 2000 en el PNS volumen II. (Ministério de Saúde, PNS Orientações Estratégicas para 2004-2010, Mais Saúde para Todos, 2004, pág. 14-15).

¹⁶⁰ El plan describe una “Melhoria sustentada dos indicadores de saúde reprodutiva” (PNS Vol. II, 2004, pág. 14).

año) para alcanzar el 100% en diez años, desarrollar acciones dirigidas a públicos específicos: adolescentes y minorías urbanas pobres, a través de las *Autoridades Regionais de Saúde*, invertir en unidades móveis¹⁶¹. Otro objetivo es reducir el porcentaje de cesáreas (2-5% al año) hasta niveles europeos bajos, para el que se establecen líneas concretas de acción, estas son, contemplarlas en los indicadores de calidad y desempeño de los hospitales, exceso de cesáreas será motivo de auditorías internas, preparación física y psíquica para el parto con equipos de profesionales disponibles. También se propone mejorar los indicadores del período perinatal, reduciendo la mortalidad por anóxia e hipóxia, erradicar la sífilis neonatal, promover el amamantamiento e incluirlo como criterio de calidad de los cuidados de salud perinatales. El plan no tiene objetivos para reducir las inequidades de género en la salud, tiende a la responsabilización femenina en el trabajo reproductivo, sin considerar elementos relativos a las dificultades para conciliar la vida profesional y personal.

b) Crescer com segurança (hasta los 9 años)

Para esta etapa del ciclo de la vida, los datos no están desagregados por sexo y en ella se hace referencia a los servicios dirigidos a las madres para la atención de los niños, la elevada cobertura del plan de vacunación para la cual ha contribuido la Rede Materno-Infantil que articula la atención entre cuidados hospitalares y primarios. En este punto, se menciona que pese al difícil contexto laboral portugués más del 50% de las madres consiguen amamantar después de los 3 meses de vida. Esta parte del plan describe que se mantiene la tendencia decreciente de la mortalidad infantil mayoritaria en los primeros días de vida, disminuyeron las enfermedades infecciosas entre los primeros 10 años de vida. Refiere que entre los 1 y los 4 años surgen las causas externas y los tumores que contribuyen a la mortalidad en esta etapa de la vida y que tales causas externas son atribuidas a cuestiones sociales difíciles de resolver. (PNS Vol. II, 2004, pág. 16)

Como intervenciones necesarias, el plan no hace consideraciones a la reducción de las desigualdades de género ni plantea objetivos o líneas de acción para disminuir las

¹⁶¹ “Assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados” (PNS Vol. II, 2004, pág.15).

desigualdades sociales en la salud. No hay apelo a la incorporación de los varones para estas estrategias. El plan propone mejorar la articulación entre servicios, reforzar la primera consulta en los primeros días de vida, reestructurar las urgencias pediátricas, promover la salud infantil incentivando el amamantamiento, intervenciones intersectoriales para disminuir los accidentes, atención especializada a menores portadores de deficiencia o con atraso de desenvolvimiento (Centros de Desenvolvimiento Infantil). (PNS Vol. II, 2004, pág. 16-17). Entre los indicadores y metas para la etapa “*Crescer com segurança*” (hasta los 9 años) el que se refiere al porcentaje de mujeres que amamanta es el único entre los 6 indicadores correspondiente a esta etapa que se refiere a algún sexo en específico, los otros resultados se presentan neutros o indistintamente, estos son: esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil (en distintas edades) y riesgo de morir hasta los cinco años de edad (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 54).

c) Uma juventude à procura de um futuro saudável (entre los 10 a los 24 años)

Sin especificar grupos sociales o aludir a las desigualdades sociales debidas al género. Son atribuidas conductas enfermizas y violentas a mujeres y varones respectivamente. El plan de salud refiere que se verifican en esta etapa de la vida el aumento de los comportamientos de riesgo relativos a 'sedentarismo, desequilibrios nutricionales particularmente en el sexo femenino, y conductas violentas entre varones'. Se hace referencia a la maternidad y paternidad precoces (menos de 17 años) y a los comportamientos adictivos de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Luego de este énfasis, el plan reconoce que de acuerdo a los indicadores este grupo etario es el más saludable, pero entonces insiste en la falta de indicadores para medir obesidad, bulimia, anorexia, salud mental y enfermedades de transmisión sexual como la *chlamydia*.

En la práctica, la mortalidad en esta etapa de la vida se relacionan con causas externas y los tumores malignos y se manifiestan con diferencias según sexo masculino y femenino, particularmente en lo que se refiere a causas externas (PNS Vol. II, 2004, pág. 17). La intervención que plantea el plan de salud es en el ámbito de la salud reproductiva y la prevención de las ITS, a través de mejorar las condiciones de acceso y

atención de los adolescentes en los centros de salud y en los hospitales¹⁶².

Entre los indicadores y respectivas metas para esta etapa se presentan de manera neutra para los resultados sobre esperanza de vida, tasa de mortalidad (en tres grupos de edad) y consumo de alcohol. Los restantes indicadores se encuentran especificados por sexo y son los siguientes: tasa de nacimientos en mujeres adolescentes (mujeres menores de 20 años), autoapreciación del estado de salud “malo” o “muy malo” (en mujeres y hombres entre los 15 a 24 años), tabaco (porcentaje de mujeres y hombres entre los 15 a 24 años que fuma diariamente); actividad física (sedentarismo en mujeres y hombres de entre 15 a 24 años los últimos 12 meses); peso (porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 24 años con Índice de masa corporal entre 27 e 29,9) y, obesidad (porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 24 años con Índice de masa corporal mayor a 30) (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 54).

d) Uma vida adulta produtiva (de los 25 a los 64 años)

En el Volumen II del plan de salud, este ítem sobre la etapa adulta de la vida, se describen los problemas específicos por sexo, sin embargo no son vinculados a las desigualdades debidas al género o a la exclusión social. Respecto a la salud de las mujeres el plan menciona como 'problemas específicos de las mujeres' y destaca la falta de reconocimiento en los programas de salud, “os relativos à reprodução, menopausa e outros problemas que parecem afectar as mulheres de uma forma diferente, como as doenças do aparelho circulatório, a SIDA, perturbações nutricionais, a osteoporose, o cancro da mama, o abuso sexual, a violência doméstica e outras ITS não têm tido estas especificidades reconhecidas explicitamente nos diversos programas de acção. Para as mulheres, são os tumores malignos a principal causa da mortalidade observada, que se mantém estável, seguida das causas externas, que mostram uma tendência decrescente” (PNS Vol. II, 2004, pág. 18).

En el segundo párrafo de esta etapa de la vida adulta, se abordan como problemas de salud que prevalecen en los hombres, las que no son vistas en relación la

¹⁶² “Serão também estabelecidas parcerias com outras instituições e sectores, nomeadamente a educação, para uma abordagem integrada da saúde dos adolescentes e do desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde” (PNS Vol. II, 2004, pág. 17-18).

construcción social de las diferencias de género: “As causas externas permanecem a principal causa da mortalidade observada nos adultos do sexo masculino, no grupo etário dos 25 aos 44 anos, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, ambas reflectindo uma tendência para diminuir. De notar que entre as doenças infecciosas e parasitárias se inclui a mortalidade por SIDA, que, em 2001, representava 85,5% da mortalidade observada por esta causa. Para o grupo etário dos 45-64 anos, a mortalidade entre os homens é também superior à verificada para as mulheres, apresentando uma tendência decrescente”. (PNS Vol. II, 2004, pág. 18). En este punto, el plan destaca la falta de conocimiento sobre los riesgos ocupacionales a que los trabajadores están expuestos y sus consecuencias en la morbilidad.

A modo de intervención, pero sin precisar líneas de acción precisas, el plan de salud enuncia programas que sean sensibles a las 'diferencias de género': “Deverão ser explicitadas nos programas e intervenções, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários e das acções dos serviços de saúde pública, especificidades na acção sensíveis às diferenças entre os géneros” (PNS Vol. II, 2004, pág.19). Propone prevención secundaria de las enfermedades a través del diagnóstico precoz, mejorar el acceso e intervenciones terapéuticas, promover de estilos de vida más saludables entre los ciudadanos enfermos.

Curiosamente, entre los indicadores y metas no se incluye alguno en relación los problemas descritos. Para la etapa “Uma vida adulta produtiva” (de los 25 a los 64), se considera la tasa de nacimiento en mujeres mayores de 35 años, al igual que en la etapa anterior se establecen metas para autoapreciación de la salud, tabaco, actividad física, peso y obesidad. Los indicadores que no son desagregados por sexo son: esperanza de vida, tasa de mortalidad (para dos grupos de edad), consumo de alcohol e individuos que declararon incapacidad (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 55).

e) Um envelhecimento activo (65 anos y más)

La situación de salud que se describe para esta etapa del ciclo de la vida y para las personas más ancianas – sin datos desagregados por sexo-, se detalla la falta de rastreo de los factores de fragilidad, reconoce la falta de organización de los cuidados de salud para dar respuesta a la cada vez mayor población envejecida que generalmente es

apoyada por los denominados 'prestadores formales o informales con insuficiente preparación'. Esta calificación en el plan no distingue el papel de las cuidadoras, en femenino, sub valora la labor fundamental de las mujeres en el cuidados de menores, mayores y dependientes, generalmente no reconocidos y gratuito, una responsabilidad asignada socialmente y con costos para la propia salud de las mujeres.

El plan destaca la insuficiente prestación de cuidados en el domicilio y dificultad en la equidad de acceso a los servicios, lo que lleva a internamientos evitables o en lugares inadecuados. Describe la falta de articulación entre los múltiples sectores implicados en la prestación de cuidados de la población longeva, insuficiente atención a determinantes que afectan la autonomía, llevan al aislamiento físico y psicológico, la pérdida de relaciones sociales y el suicidio -sin distinción de sexo, ni vinculado a determinantes de exclusión social-. La esperanza de vida sin incapacidad sobre los 65 años es inferior a la media europea, debido a la falta de actividad física regular que se detecta. Se destaca que muchos ancianos viven en cama o sentados y que aumenta la violencia, el abuso y la negligencia sobre ellos: los ambientes no están adaptados para personas ancianas con déficit auditivos, visuales, etc. provocando caídas, traumatismos, atropellos (PNS Vol. II, 2004, pág.19). Respecto a las diferencia de género en la esperanza de vida el plan declara que: “É indispensável uma maior atenção às particularidades em função do género (as mulheres vivem mais anos que os homens, mas o sexo feminino tem uma esperança de vida sem incapacidades bastante mais reduzida que o sexo masculino)” (PNS Vol. II, 2004, pág.19). Esta diferenciación no consigue resaltar las desigualdades debidas al género, solo destaca las diferencias de un sexo sobre otro, no hace referencia a una desigualdad de poder a nivel de relaciones establecidas socialmente.

Para la intervención, el plan propone Implementar el *Programa Para a Saúde das Pessoas Idosas*, identificar problemas de acceso a los servicios y cuidados de salud, informar a la población anciana sobre cómo enfrentar las situaciones de enfermedad más frecuentes, cómo prevenir caídas y respecto el envejecimiento activo. Se plantea entregar atención especial a las situaciones de mayor vulnerabilidad, esto es edad avanzada, alteraciones sensoriales, AVC, enfermedades crónicas, depresión, aislamiento, demencia, desnutrición, escaras, riesgo de caídas, incontinencia,

polimedicación, hospitalización, etc. Aumentar la vacunación contra la gripe, fomentar la articulación de los servicios de salud con el sistema de cuidados continuados (PNS Vol. II, 2004, pág. 20). Actuar sobre los determinantes de la autonomía y la independencia, identificando los criterios de fragilidad de la población mayor a través de los exámenes periódicos de salud, generalizar el concepto de envejecimiento activo, relacionado con la práctica de la actividad física, de la memoria, buena nutrición, comportamientos saludables, todo lo anterior teniendo en cuenta las diferencias de género. Como vemos se plantea en términos de objetivo, sin precisar los mecanismos o líneas de acción más precisas.

En los mismos términos se plantea promover y desarrollar con otros sectores ambientes aptos para la autonomía e independencia de las personas mayores, informando a la población objetivo y capacitando técnicamente a los profesionales de la salud en cuanto a la detección y eliminación de las barreras arquitectónicas. Capacitar a los profesionales de la salud para detectar y encaminar situaciones de violencia, abuso o negligencia, utilizar tecnologías y servicios de apoyo a la seguridad (telealarma), articularse con grupos de apoyo de la sociedad civil y servicios de otros ministerios. Se proponen en el entorno de la familia capacitar en cuidados informales, igualmente en hogares de ancianos, centros de salud y hospitales, unidades de cuidados continuados para la prestación de cuidados curativos, paliativos, de rehabilitación y de recuperación en régimen de internamiento, en ambulatorio y en domicilio (PNS Vol. II, 2004, pág. 20).

El Volumen II del plan de salud, en este tema incorpora como estrategia lo que titula *Morrer com Dignidad*. En este punto, el plan señala que existe una ocupación inadecuada de camas en los hospitales, no hay servicios capacitados para gestionar el sufrimiento y cuando se refiere a los cuidados en el domicilio el documento expresa en los siguientes términos: “ou, então, se encontrem no domicílio, entregues apenas a cuidados de âmbito generalista e informais, que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global”. (PNS Vol. II, 2004, pág. 20). En función de lo anterior el plan dispone la organización de los cuidados paliativos, estableciendo unidades de internamiento y domiciliarias elaboradas en conjunto con la comunidad científica y la sociedad civil para normalizar los servicios

de salud en esta prestación. Programas específicos de formación para profesionales dedicados a las intervenciones de carácter paliativo. Capacitar a la para la prestación de cuidados informales.

Finalmente, los indicadores y respectivas metas a cumplir en esta etapa de un envejecimiento activo (65 años y más), sin distinción de sexo son la esperanza de vida, consumo de alcohol e incapacidad declarada (para dos grupos de edad). Los indicadores desagregados por sexo son la autoapreciación de salud, tabaco, actividad física, peso e incapacidad declarada (para dos grupos de edad) (PNS 2004-2010 Vol. I, pág. 56). No son planteados objetivos o acciones para reducir las desigualdades o inequidades de género.

2. Abordagem na gestão integrada da doença

En el plan de salud expresa que se adopta este enfoque de gestión de la enfermedad, sea infecciosa o crónico degenerativa, en la búsqueda de una gestión mas racional por parte de los diversos actores que intervienen en la enfermedad, para identificar prioridades, desarrollar planes y programas, sistemas de monitorización y vigilancia, reforzando la autovigilancia y autoresponsabilización del enfermo (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 56).

El plan de salud identifica desafíos actuales como una vida más larga y problemas sociales que no refieren a las desigualdades debidas al género. El plan destaca los siguientes problemas: “o stress, a violência, a poluição, a emergência de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/atitude, o aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e o número de doentes portadores destas doenças, tendem a contrariar o elevado potencial de saúde da idade adulta, levantando questões específicas, nomeadamente em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crónicas autocontroláveis mais prevalentes e mais incapacitantes” (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 57).

El plan nacional de salud propone dar atención a políticas sociales de apoyo a la familia, y elaborar planes y programas nacionales, mejorar el acceso de los enfermos crónicos a información y materiales que posibiliten la autovigilancia y el autocontrol,

envolviendo las *Associações de Doentes* y otros organismos promotores de la salud, de prevención e información para el rastreo y detección precoz y para el apoyo de los enfermos, genéricamente. El plan de salud expresa que el abordaje de gestión de la enfermedad, por un lado conducirá a la prevención de las enfermedades y a desenvolver la red de cuidados continuados como respuesta intermedia entre los centros de salud y los hospitales dirigido a personas con situaciones crónicas agudizadas. Por otro lado contempla la necesidad de definir e identificar legal y funcionalmente las enfermedades crónicas y las enfermedades crónicas autocontrolables. (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 57).

Según informa el plan, durante el debate público y los encuentros nacionales se definieron las enfermedades prioritarias, para las cuales se establecieron metas y objetivos que serán coordinados a nivel nacional a modo de programas nacionales aplicados a nivel regional. A través de este mecanismo se busca reducir las desigualdades regionales y de género (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 60).

Las siguientes son las enfermedades priorizadas y listadas en el Volumen I del plan de salud con los correspondientes indicadores de salud y las metas asignadas para el año 2010. En el Volumen II del plan, para cada una de estas enfermedades priorizadas describe la situación actual y las intervenciones. En este trabajo se transcribe del plan aquella descripción e intervención que tiene relación con los indicadores desagregados por sexo y con las propuestas que incluyen objetivos o líneas de acción para reducir las desigualdades sociales y de género en la salud.

Se han valorado los datos que se refieren a alguno de los sexos, ambos, así también se valora positivamente para la sensibilidad, las propuestas que incluyen la mención a acceso universal y gratuito, migrantes, sin-abrigo, toxicodependientes, trabajadores de sexo, homosexuales y reclusos.

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

La situación de la IST según los datos disponibles en el momento de la publicación del plan (2004, fuente de datos de la Direcção-Geral da Saúde) indican mayor incidencia en los hombre entre los 25 y los 44 anos en la región de Lisboa e Vale do Tejo. En Portugal el número de enfermos en las consultas de IST han aumentado, y

el número de nuevos casos. Los adolescentes y los adultos jóvenes son los más afectados, (¿masculino?) El número de casos de sífilis congénita es muy elevado en Portugal y muy frecuente entre adultos -sin referencia al sexo-. En Portugal, se reconocen como factores responsables por una mayor incidencia de las IST el aumento del número de “viajantes, dos migrantes, dos comportamentos sexuais de risco” (PNS Vol. II, 2004, pág. 22).

Sobre el SIDA, a situación actual refiere la mortalidad que se verifica entre los 25 y los 44 anos, en muchos más hombres que mujeres aunque la diferencia tiende a disminuir. La transmisión del virus está aumentando entre heterosexuales. Se manifiesta una deficiente articulación con otros sectores de la sociedad y una atención inadecuada a las necesidades de salud de grupos específicos referente a que es un problema de salud que afecta a franjas menos integradas en la sociedad (PNS Vol. II, 2004, pág. 25).

En cuanto a la situación de otras enfermedades infecto-contagiosas, como la Hepatitis C, la población afectada por esta infección es esencialmente de sexo masculino entre los 15 y los 54 años de edad. Se describe la infección meningocócica, la enfermedad de los legionarios de baja notificación - sin referencias de sexo ni edad-. Existe una elevada incidencia de tuberculosis y una significativa sobreposición con el virus VIH/SIDA, toxicodependientes, reclusos y extranjeros -no hay referencia a género-. Otras enfermedades infecciosas pero sin datos relativos al género que el plan presenta en el volumen II son las relativas la gripe, al síndrome respiratorio agudo, prioes, enfermedades emergentes o reemergentes (malaria y bioterrorismo), la zoonosis e infecciones nosocomiales (PNS Vol. II, 2004, pág. 28-29).

La intervención y objetivos estratégicos, Los indicadores y respectivas metas de las enfermedades infecciosas del SIDA y la sífilis congénita no están separadas por sexo pese a tener esos datos en la descripción, (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 59). Se enfatiza en “Promover estudos epidemiológicos em populações específicas classicamente relacionadas com a aquisição de IST: migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes e jovens adultos e reclusos” (PNS Vol. II, 2004, pág. 23). Sin referencia a las diferencias de género o de tipo social, el plan propone promover en el ciudadano el conocimiento sobre las señales clínicas de las IST y la búsqueda de cuidados médicos (PNS Vol. II, 2004, pág. 23).

Para la infección por clamidia, si bien se trata de una enfermedad de transmisión sexual que afecta la salud de las mujeres, se plantea intervenir de manera genérica entre los individuos: “Promover um programa de rastreio de infecções a clamídia em indivíduos sexualmente activos, entre os 16 e os 24 anos de idade, que recorram a estruturas de saúde, clínicos gerais, clínicas de planeamento familiar e de dermatologia” (PNS Vol. II, 2004, pág. 24).

En cuanto a los cuidados de salud, se plantea promover el acceso universal y gratuito, la información adecuada para la prevención de las IST, su diagnóstico y terapias: “Estimular o desenvolvimento de intervenções entre várias instituições estatais e do sector privado, de modo a possibilitar o acesso a bons cuidados de saúde nesta área a grupos desfavorecidos (Ministério da Saúde, Segurança Social, Justiça, etc)” (PNS Vol. II, 2004, pág. 24). También, promover e incentivar acciones de prevención, diagnóstico y terapias “junto das populações com comportamentos de risco para IST, nomeadamente migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes e adultos jovens e reclusos” (PNS Vol. II, 2004, pág. 24).

Sobre el SIDA se plantea orientar la intervención partir de un principio de confidencialidad de datos de los ciudadanos además del “acesso universal, incluindo o da população reclusa, aos tratamentos anti-retrovirais e aos meios de monitorização do estado de saúde, a garantia da utilização das melhores práticas nos cuidados de saúde e nas terapêuticas e o acesso generalizado aos meios e materiais de redução de riscos (preservativos femininos e masculinos e material estéril de injeção) são orientações e princípios que serão consagrados nas intervenções desenvolvidas.” (PNS Vol. II, 2004, pág. 25). Intervenciones prioritarias en grupos de la población específicos “nomeadamente, os jovens, os toxicodependentes, os sem-abrigo, os homossexuais, as minorias étnicas, os migrantes legais e ilegais, as pessoas que se prostituem e as populações móveis. São de realçar a população heterossexual (actualmente o principal motor da epidemiologia desta infecção em países como Portugal) e a população idosa, onde a toxicodependência e a infecção por VIH têm vindo a surgir de um modo preocupante.” (PNS Vol. II, 2004, pág. 26). Realizar Protocolos del *Ministério da Saúde* con el *Ministério de Educação* para realizar formación cívica y sexual de los jóvenes, con el *Ministério da Segurança Social* para proveer asistencia médica digna y

de calidad a desfavorecidos e inmigrantes, con el *Ministério de Justiça* para proveer cuidados dignos y de calidad a la población en prisión (PNS Vol. II, 2004, pág. 26).

Para la infección por tuberculosis se plantea reforzar actividades geográficamente específicas a nivel de *freguesías* y de instituciones como las prisiones (PNS Vol. II, 2004, pág. 31). Respecto de las otras enfermedades infecciosas descritas en el plan no se proponen intervenciones u objetivos relativas a las desigualdades de género. Los settings o entornos para la intervención corresponden a la familia, las amas, los *infantários* o guarderías, las escuelas, las universidades, los locales de trabajo, de ocio, las prisiones y las unidades de salud (PNS Vol. II, 2004, pág. 32).

Cancro

El plan de salud, destaca el Plano Oncológico Nacional (PON) como el instrumento político coordinador de la lucha contra esta enfermedad. El cáncer es una de las tres primeras causas de muerte en Portugal con una tendencia de mortalidad en aumento entre los hombres. La prevención del cáncer enfrenta dificultades relativas a diversos factores, entre ellos el tabaco y otras materias productos y situaciones de exposición diaria. En cuanto al rastreo de cáncer, existe simetrías en el acceso y falta de evaluación de amplios sectores de la población, generación de listas de espera para la intervención quirúrgica (PNS Vol. II, 2004, pág. 33).

Las intervenciones y objetivos estratégicos, son mejorar la vigilancia epidemiológica, y la información sobre el cáncer en Portugal, acciones de educación sobre factores de riesgo particularmente el grupo de jóvenes en edad escolar sobre tabaquismo, alimentación, comportamiento sexual, exposición solar y salud ambiental. Normalizar y promover acciones de rastreo de acuerdo a la política nacional sobre el cáncer del cuello del útero, mama y colon rectal: “Como prioridades absolutas, pela sua dimensão, considerar-se-ão a coordenação de um programa nacional de rastreio de cancro de mama e do cancro colorrectal e a sua articulação com a rede de referência, a desenvolver de imediato” (PNS Vol. II, 2004, pág. 34). Los indicadores y respectivas metas para los rastreos de diversos tipos de cáncer, en mujeres y hombres, disminuir tasas de mortalidad, este grupo de enfermedades, son para el cáncer femenino de mama

y de útero y el cáncer de colon y recto¹⁶³. (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 58).

Doenças do aparelho circulatório

De acuerdo a los datos de la *Fundação Portuguesa de Cardiologia* sobre el perfil lipídico de la población portuguesa -sin distinción por género- una parte considerable (68,5%) presenta un riesgo moderado para la enfermedad cardiovascular (PNS Vol. II, 2004, pág. 35). Las enfermedades del aparato circulatorio representan una de las principales enfermedades para ambos sexos en Portugal (PNS Vol. II, 2004, pág. 35).

Se plantea la intervención, -sin referencia a las desigualdades sociales o de género ni a grupos excluidos-, para la enfermedad cardíaca entre la población sensibilizar e informar sobre el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo. Intervenir en individuos con enfermedad cardiovascular y con factores de riesgo presentes, para reducir a medio plazo los valores de colesterol de la población según las recomendaciones europeas (PNS Vol. II, 2004, pág. 36). Se identifican los indicadores y respectivas metas para la enfermedad isquémica cardíaca y los accidentes cerebro vasculares- de manera neutra- son la tasa de mortalidad, el porcentaje de internamiento, porcentaje de letalidad, y porcentaje de referenciación a unidades de rehabilitación, (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 59).

Outras doenças cronicodegenerativas

El plan nacional de salud hace referencia – sin desagregar por sexo- al asma como una de las enfermedades más frecuentes, un 5% de la población adulta y un 11% de menores (mayor prevalencia en la población infantil y juvenil). Otras enfermedades

¹⁶³ Para el cáncer de mama se describe la tasa de rastreo (sin datos), la tasa de mortalidad de mujeres antes de los 65 años (14,3%) y el porcentaje de sobrevivencia a los cinco años (71,9%). Se establece metas para el año 2010 (60% de rastreo entre la población objetivo, 10% de mortalidad y 75% respectivamente). Para el cáncer de cuello de útero tasa de rastreo (no hay datos), tasa de mortalidad en mujeres antes de los 65 años (3,5 por 100 mil) y porcentaje de sobrevivencia a los 5 años (55,6%), finalmente las metas para el 2010 (60% de rastreo entre la población objetivo, 2% de mortalidad y 68% de sobrevivencia). El cáncer de colon y recto, se describe la tasa de rastreo (no hay datos), tasa de mortalidad en individuos antes de los 65 años (7,9 por 100 mil individuos) y porcentaje de sobrevivencia a los cinco años en hombres (46,3%), se definen metas para el año 2010 (60% de rastreo, 6% de mortalidad y 55% de sobrevivencia respectivamente). (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 58).

consideradas por el plan pero citadas de manera neutra son las enfermedades crónica obstructiva, la neumonía y la bronconeumonía que es la quinta causa de muerte en el país en el año 2001(PNS Vol. II, 2004, pág. 36-37).

Como intervenciones para el asma se plantea - sin referencias a la reducción de las desigualdades sociales o de género -, el *Programa Nacional de Controlo do Asma*. Elaborar un *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças das Vias Respiratorias* y una red de referenciación hospitalar (PNS Vol. II, 2004, pág. 42).

Las enfermedades del metabolismo son la diabetes y la obesidad, consideradas por su prevalencia enfermedades de salud pública. La obesidad presenta datos por sexo señalando que aumentará su prevalencia situándola en un 15% para la población masculina y en un 16% para la población femenina portuguesa. La patología de la tiroides es frecuente en Portugal y para la intervención es necesario tener en cuenta los estudios europeos que asocian esta enfermedad con la baja ingestión de Iodo en determinados grupos como las mujeres (PNS Vol. II, 2004, pág.37-38).

Como intervención respecto de las enfermedades del metabolismo, -sin referencia a las desigualdades sociales o de sexo verificadas por la obesidad -, se plantea priorizar por la información de la patología tiroidea, intervenir en la ingestión de Iodo en la población (¿de mujeres?), y los programas específicos para la prevención y control de la diabetes y la obesidad, implementar el Programa de Controlo da diabetes mellitus. Sobre la obesidad adoptar un abordaje intersectorial para elaborar una propuesta nacional, sin mencionar como objetivo reducir las desigualdades de género o de grupos socialmente excluidos (PNS Vol. II, 2004, pág. 42-43).

En este ítem el plan también incluye las enfermedades osteoarticulares como la artrosis y la osteoporosis, que han aumentado su prevalencia. En el plan se estima que cerca de 500 mil mujeres que padecen osteoporosis en Portugal, pero solo el 10% de la población realiza un tratamiento adecuado. Las enfermedades articulares, principalmente la osteoartrosis, la artritis reumatoide y espondiloartritis representan una parte importante de las patologías crónicas entre la población con más de 65 años. Respecto a la intervención de las enfermedades osteoarticulares, el plan propone: “Deverão ser priorizadas acções para prevenção e rastreio da osteoporose, dirigidas particularmente às mulheres, de modo a que se consiga diagnosticar um maior número

de casos precocemente. O tratamento adequado para a osteoporose deverá atingir 50% das mulheres diagnosticadas nos próximos anos” (PNS Vol. II, 2004, pág. 43).

Las enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson y Huntington, -no se especifica por sexo-. Sobre el Alzheimer -no se especifica por sexo-. El peso de estas enfermedades está en aumento para el sistema de salud y sobre carga para las familias y los cuidadores (PNS Vol. II, 2004, pág.39). Sobre las enfermedades neurodegenerativas, se plantea intervenir fomentando los estudios epidemiológicos para obtener un conocimiento más objetivo, formación de cuidadores -sin referir a sexo-, finalmente el reconocimiento legal la figura de el cuidador -sin referir a sexo-, para facilitar la permanencia del enfermo en el domicilio (PNS Vol. II, 2004, pág. 43-44).

Las enfermedades a la visión en el plan de salud no están descritas según sexo y se refieren a baja visión, ceguera, errores de refracción, enfermedades de la córnea, enfermedades asociadas a la ceguera como cataratas y glaucoma. Respecto de las intervenciones, el plan de salud apela al mejoramiento de las condiciones, aumentar la cobertura y disminuir las desigualdades en esta materia -aunque no especifica la reducción de las desigualdades sociales o de género-. El Programa Nacional para a Saúde da Visão debe definir a nivel nacional la distribución geográfica de las unidades de asistencia oftalmológica y los criterios de referenciación” (PNS Vol. II, 2004, pág. 43-44).).

La salud oral, si bien se han mejorado la salud oral infantil y juvenil, existen márgenes importantes de jóvenes – de manera neutra- con caries graves que pertenecen a regiones periurbanas, rurales o urbanas desfavorecidas. Existe a la fecha del plan, un dentista por 1800 habitantes, y dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad son considerados los ancianos y los deficientes psíquicos y físicos (PNS Vol. II, 2004, pág. 40). En cuanto a las intervenciones para la salud oral, se propone introducir en el año 2010 una jefatura administrativa en las cinco regiones de la salud responsable por la salud oral, las acciones de promoción para el diagnóstico precoz “Desenvolver -se-ão junto das grávidas, nas consultas materno-infantis, nas creches, jardins de infância, escolas básicas e secundárias” (PNS Vol. II, 2004, pág. 44). Promover el cepillado de dientes en los jardines de zonas más desfavorecidas, distribución gratuita de pastas y cepillos de dientes, con acciones formativas en escuelas básicas. Constituir una base de

datos con la información relativa a los jóvenes en un plazo de 10 años. Inclusión gradual de todos los jóvenes en el *Programa Básico de Saúde Oral* del SNS en distintas etapas (PNS Vol. II, 2004, pág. 44). Se establecerá un programa subsidiado o gratuito “para todos os deficientes menores de 21 años, que se extenderá posteriormente a todos os deficientes de qualquer idade. Haverá eventual criação de clínicas de referência para deficientes, devidamente subsidiadas, em Lisboa, Porto e Coimbra, eventualmente nas faculdades ou institutos de medicina dentária que apresentem melhores condições” (PNS Vol. II, 2004, pág. 44). Finalmente, se plantea realizar una encuesta o *Inquérito Nacional de Saúde Oral* de cinco en cinco años.

Para las enfermedades genéticas no hace referencia a datos desagregados por sexo o por grupo social -. (PNS Vol. II, 2004, pág. 40-41). Respecto a la intervención para las enfermedades genéticas, considera la Rede de Referência de Genética Médica, Finalmente se evaluarán los apoyos financieros por parte del Estado siempre que se justifique para que “seja oferecido de forma generalizada, de modo a impedir algumas inequidades nacionais ou regionais actualmente existentes” (PNS Vol. II, 2004, pág. 45).

La insuficiencia renal crónica (IRC) en Portugal se detalla la situación sin desagregar por sexo. La intervención para la insuficiencia renal crónica, se propone mejorar los cuidados, regular las instalaciones, fiscalizar las unidades según la legislación vigente, implementar la Rede de Referência Hospitalar de Nefrología, reformular las normas para la coparticipación de medicamentos al 100% en todas las farmacias y “considerar a possibilidade de comparticipação de suplementos alimentares para crianças doentes renais” (PNS Vol. II, 2004, pág.46). Sin desagregar por sexo se refiere a la enfermedad inflamatoria intestinal estimándose en número las personas con colitis ulcerosa, y enfermedad de Crohn, enfermedades crónicas incapacitantes que no está bajo régimen de coparticipación. Como intervención, respecto a las enfermedades inflamatorias intestinal se propone la revisión para la coparticipación del estado en los medicamentos y suplementos nutricionales necesarios a las terapias. La persistencia del problema de las hemoglobinopatías asociadas a la inmigración relativa a las talasemias y depreanocitose, agravado por inmigrantes oriundos de la costa occidental de África, especialmente de Angola y Santo Tomé (PNS Vol. II, 2004, pág. 41-42). Para la

intervención respecto a las hemoglobinopatías (depranositose) asociados a la inmigración, se plantea intensificar el control -sin atención o referencia a las desigualdades sociales como el género -, en distritos de alta prevalencia (PNS Vol. II, 2004, pág. 46).

Saúde mental e doenças psiquiátricas

Respecto a la información sobre las enfermedades mentales, se estima que en la población en general exista una prevalencia de un 30% de perturbaciones psiquiátricas. De acuerdo al tercer censo psiquiátrico (del año 2001 en las instituciones públicas y privadas) predominan las depresiones en régimen de consulta externa, alteraciones asociadas al consumo de alcohol en el sistema de urgencias y esquizofrenia en el nivel de internamiento. En el caso de los pacientes en régimen interno, existe insuficiencia de cuidados de rehabilitación en los servicios locales de salud mental, tanto para enfermos como familiares, unidades de apoyo para enfermos y domiciliarios -no presenta datos desagregados por sexo o por grupo social-. (PNS Vol. II, 2004, pág. 46).

Sobre la depresión, se describe la tendencia al aumento cuando puede alcanzar al 20% de la población siendo causa de incapacidad se indica que junto a la esquizofrenia representa el 60% de las causas de los suicidios -no desagregado por sexo-. Se indica que hay tasas bajas de suicidio en la población en general y menores de 65 años, pero está fuertemente asociado a causas de muerte violenta e indeterminada -no desagrega datos por sexo-. Sólo se apunta que en la región de Alentejo se dan las tasas más elevadas de suicidio durante la última década luego de Algarve, y es la población masculina con edad superior a los 75 años que más se suicida. (PNS Vol. II, 2004, pág. 47).

Respecto a la prevalencia de estrés, este se describe asociado a las mujeres. El plan de salud afirma que en relación al resto de Europa las mujeres en Portugal consumen tres veces más medicamentos para dormir. “Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1998-1999/2002, 7% dos homens e 18% das mulheres (15 anos ou mais) referiram ter tomado medicamentos para dormir, nas duas semanas anteriores à inquirição. Esta proporção aumenta de 14%, no grupo dos 45-54 anos de idade, para 28% no dos 85 anos ou mais” (PNS Vol. II, 2004, pág. 47).

Sobre niños y adolescentes, - sin desagregar por sexo ni referirse a alguno de ellos-, el plan de salud refiere perturbaciones y comportamientos de riesgo de elevada prevalencia (ausentismo escolar, uso de alcohol y drogas, actos de suicidio, delincuencia), para los que no hay respuestas adecuadas por parte de los servicios.

Sobre las personas ancianas, no se conocen en rigor las necesidades reales de los ancianos en la comunidad, aun cuando se cita el censo psiquiátrico del año 2001 que reveló el aumento de casos de depresión, síndromes de demencia, esquizofrenia, oligofrenias, y de alteraciones asociadas al consumo de alcohol - sin datos desagregados por sexo-, (PNS Vol. II, 2004, pág. 47-48).

Personas enfermas en situación de exclusión social, que resultan de enfermedades psiquiátricas, o del consumo excesivo de alcohol o drogas “nomeadamente nos sem-abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%. Estes doentes acorrem pouco aos serviços de saúde que, por sua vez, têm uma capacidade reduzida para ir ao encontro das pessoas excluídas” (PNS Vol. II, 2004, pág. 48). El plan llama la atención de la falta de estructuras para el tratamiento del abuso o dependencia de alcohol, ínfimas en relación a la infraestructura que se dispone para la dependencia de drogas ilegales, aun más cuando la población de toxicodependientes es ocho veces menor que la de alcohólicos. No hay referencia a datos según sexo.

Como Intervenciones necesarias y objetivos se plantea la elaboración del *Plano Nacional de Saúde Mental*, ejecutar el *1ro Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica na Comunidade*, el mejoramiento continuado del acceso y la calidad de los servicios prestados a los enfermos mentales, unidades de psiquiatría de la infancia y la adolescencia en los hospitales generales, extender la cooperación con el sector social para encontrar respuestas adecuadas a las necesidades de los enfermos mentales, promover los derechos humanos e implementar medidas contra el estigma (PNS Vol. II, 2004, pág. 48-49).

En el ámbito de la depresión, el *Programa Nacional de Luta contra a Depressão*, implementar el teléfono SOS de suicidio y aislamiento social, mejorar las respuestas para la esquizofrenia y otras perturbaciones psicóticas, desarrollar un abordaje alargado del estrés, -sin referencia a la prevalencia de las mujeres-. Reconocer

la salud mental de los niños y adolescentes como prioritaria dentro de la salud de la población en general, diagnosticar morbilidad psiquiátrica en estos grupos, crear nuevos servicios y unidades de atención -sin referencia a diferencias de género. Se plantea adecuar los cuidados prestados a las personas ancianas mayores de 65 años y mejorar los cuidados a los enfermos en situación de exclusión social a través de un conjunto diversificado de servicios según sus necesidades, principalmente de los sin abrigo. Para intervenir en el abuso y dependencia del alcohol y teniendo en cuenta la dimensión de la población a ser asistida, a través de una red de *alcoholología* nacional y en colaboración con el sector privado (PNS Vol. II, 2004, pág. 49-50).

Se atribuyen indicadores y respectivas metas para el caso de la depresión: tasa de consulta e internamiento (5,9% y 1% meta para el año 2010 se propone 7% y 1% respectivamente). Tasa de mortalidad por suicidio antes de los 65 años (5,0 por 100 mil con meta para 2010 de 2,5%). Capacidad de reconocimiento de depresión por parte de los clínicos generales (33% y meta 2010 de 50%), proporción entre los costos indirectos y directos en la depresión (83% y 17% con meta para el 2010 de 60% y 40% respectivamente). Respecto al abuso y dependencia al alcohol, se atribuye la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al alcohol antes de los 65 años (15,8 por 100 mil) con meta para el 2010 (14%) y consumo de alcohol en litros por persona al año (16,59% con meta para el 2010 de 10%). Como se aprecia estos indicadores y sus metas no aluden a la reducción de las desigualdades sociales o de género, ni a grupos de exclusión social.

Dor

Este problema de salud no se describe desagregado por sexo. (PNS Vol. II, 2004, pág. 50). Como intervención se plantea el *Plano Nacional de Luta contra a Dor* y mejorar la información disponible a través de un estudio en la comunidad para obtener datos sobre tipos, frecuencia, utilización de cuidados y consecuencias. (PNS Vol. II, 2004, pág. 51).

Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais

Los traumatismos se refieren particularmente los producidos por accidentes de

vehículo y del trabajo,- sin embargo no hay referencias a datos por sexo-. Los traumatismos son reconocidos como una importante causa de morbilidad y mortalidad especialmente en los niños y los jóvenes -sin distinción por sexo-, a partir del primer año de vida determinando una importante pérdida de años potenciales de vida, generan un gran número de jóvenes con discapacidad. Entre los adultos, -sin distinción por sexo-, los accidentes de vehículo están asociados al consumo de alcohol y entre los ancianos -sin distinción por sexo- los traumatismos son causa importante de morbilidad y mortalidad, incapacidad y dependencia (PNS Vol. II, 2004, pág. 51).

Para los accidentes de vehículo son asignados los siguientes indicadores y respectivas metas: número de muertes por año (1863 y meta 2010 de 1100), tasa de mortalidad padronizada antes de los 65 años (15,6 por 100 mil individuos, con meta para el año 2010 de 8%), el número de muertes atribuidas al alcohol (750 por año con meta 2010 de 0%), y tasa bruta de muertes atribuidas al alcohol (7,2 por 100 mil individuos con meta para el año 2010 de 0%).

En cuanto a los accidentes laborales, se asignan los siguientes indicadores y respectivas metas: la tasa de mortalidad padronizada de accidentes por 100 mil individuos (desconocida) la que no tiene metas para el año 2010. Como se puede apreciar ni los accidentes de vehículo ni laborales son desagregados por sexo, ni las intervenciones o metas hacen referencia a las desigualdades de género.

En el tema de las intoxicaciones existe un Centro de información antivenenos (CIAV), encargado de la investigación y la atención a tiempo completo que cubre todo el territorio nacional. Sobre los accidentes rodoviarios existe un *Plano Integrado de Segurança Rodoviária (PISER)* para reducir el número de muertes en accidentes rodoviarios y reducir los accidentes asociados al consumo del alcohol y las drogas. Existe un proyecto de monitorización de accidentes domésticos y de ocio. No hay referencias a datos por sexo (PNS Vol. II, 2004, pág. 52).

Como intervenciones se plantea desarrollar un plano de acción para la prevención de los accidentes que provocan traumatismos en los individuos, intervención que incidirá en el ciclo de la vida, “mas naturalmente com maior acentuação nos grupos mais vulneráveis (crianças, deficientes e idosos)” (PNS Vol. II, 2004, pág. 52). Dicho programa se referirá a las lesiones que se producen en el hogar, en las escuelas, en los

espacios de ocio, en el tráfico vehicular y en el trabajo -no hay referencias a las desigualdades sociales o de género-. Reforzar los recursos hospitalarios y del centro de información antivenenos, finalmente, definir una Rede para Traumatizados que contemple traumatismos, heridas y lesiones. (PNS Vol. II, 2004, pág. 52-53).

La Tabla 3 de Sensibilidad Operativa para este tercer conjunto de estrategias, se muestra en la página siguiente. En esta tabla se presenta primero la sensibilidad para el abordaje centrado en el ciclo de la vida, y luego en el abordaje basado en la gestión de las enfermedades priorizadas.

Para el abordaje del ciclo de la vida se puede inferir de la tabla que tiene una sensibilidad alta para la descripción en la medida que los datos desagregados por sexo son contemplados en la mayoría de las etapas por edad, estos son juventud, vida adulta y vejes. Las dos primeras etapas de la vida solo hacen referencia a la situación de embarazo y cuidado materno, solamente referidas al sexo femenino, sin incluir la existencia de varones en la descripción de las situaciones o problemas de salud. La sensibilidad para las intervenciones propuestas en este abordaje según etapas de la vida, la mayor sensibilidad corresponde a las primeras dos etapas, es decir nacer con salud y crecer en seguridad, lo anterior porque los objetivos que se plantean involucran acciones e intervenciones en el sentido de mejorar las condiciones de acceso y calidad de los servicios, en beneficio de la población femenina, determinada por una menor disponibilidad de recursos y oportunidades. Las siguientes tres etapas de la vida tienen un bajo nivel de sensibilidad para la intervención, referidas a acciones puntuales para la población excluida socialmente, sin contar las desigualdades debidas al género.

La sensibilidad verificada en el listado de enfermedades priorizadas, que para efectos de este trabajo se han listado en un total de 23 enfermedades de salud, muestra el siguiente resultado para la descripción por sexo: más de la mitad de las enfermedades priorizadas en el plan no son desagregadas por sexo. Sólo 9 enfermedades son detalladas según sexo, corresponden a infecciones sexualmente transmisibles, SIDA, enfermedades infecto contagiosas, cánceres, enfermedades del aparato circulatorio, diabetes y obesidad, enfermedades osteoarticulares (artrosis y osteoporosis), depresión y estrés. Ahora bien, hay enfermedades que son atribuidas mayormente a un sexo que a otro.

Sobre la sensibilidad de género en las intervenciones propuestas por este abordaje de gestión de las enfermedades, la Tabla 3 de la página siguiente, de indicadores destaca que la generalidad tiene un bajo o nulo nivel de sensibilidad al género y los determinantes de exclusión social. Recordemos que el índice 0 corresponde a nula sensibilidad y el índice 1 a baja sensibilidad, cuando los objetivos se refieren a medidas dirigidas a grupos socialmente excluidos sin especificidad relativa a las desigualdades de género. Llama la atención que este indicador está presente en las enfermedades de transmisión sexual y las contagiosas, la obesidad y relativas a las osteoarticulares, así como la depresión asociada a las mujeres.

Tabla 3.
Sensibilidad Operativa de Género
II Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos

| Problema u Objetivo | Descripción / Intervenciones |
|--|------------------------------|
| <i>Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos:</i> | |
| <i>1. Abordagem centrada na família e no ciclo da vida</i> | |
| <i>Nascer com saúde (incluye embarazo y período neonatal).</i> | 0/111 |
| <i>Crescer com segurança (hasta los 9 anos).</i> | 0/11 |
| <i>Uma juventude à procura de um futuro saudável (entre los 10 a los 24 años).</i> | 1/1 |
| <i>Uma vida adulta produtiva (de los 25 a los 64 años).</i> | 1/1 |
| <i>Um envelhecimento activo (65 anos y más).</i> | 1/1 |
| <i>2. Abordagem na gestão integrada da doença.</i> | |
| <i>Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).</i> | 1/1 |
| <i>SIDA.</i> | 1/1 |
| <i>Outras doenças infecto contagiosas.</i> | 1/1 |
| <i>Cancro.</i> | 1/1 |
| <i>Doenças do aparelho circulatório.</i> | 1/0 |
| <i>Outras doenças cronicodegenerativas: Asma, doenças crónico obstrutivas, pneumonia,, bronconeumonia.</i> | 0/0 |
| <i>diabetes e obesidade.</i> | 1/1 |
| <i>Doenças osteoarticulares, artroses e osteoporosis.</i> | 1/1 |
| <i>Doenças neurodegenerativas: Parkinson e Huntington.</i> | 0/0 |
| <i>Doenças da visão.</i> | 0/0 |

| | |
|--|------------|
| <i>Saúde oral.</i> | <i>0/1</i> |
| <i>Doenças genéticas.</i> | <i>0/1</i> |
| <i>Insuficiência renal crónica.</i> | <i>0/1</i> |
| <i>Doenças inflamatória intestinal.</i> | <i>0/1</i> |
| <i>Hemoglobinopatias.</i> | <i>0/1</i> |
| <i>Saúde mental e doenças psiquiátricas.</i> | <i>0/0</i> |
| <i>Depressão.</i> | <i>1/0</i> |
| <i>Estress.</i> | <i>1/0</i> |
| <i>Crianças e adolescentes: perturbações y comportamientos de riesgo.</i> | <i>0/0</i> |
| <i>Pessoas idosas.</i> | <i>0/1</i> |
| <i>Pessoas em situação de exclusión social. A prevalência de perturbações psiquiátricas.</i> | <i>0/0</i> |
| <i>Dor.</i> | <i>0/0</i> |
| <i>Traumatismos, ferimentos e lesões accidentais.</i> | <i>0/0</i> |
| <p>Nota: El indicador 0 a la izquierda de la barra diagonal, corresponde al valor para descripción de los datos según sexo. A la derecha de la barra diagonal es el valor para las intervenciones propuestas por el plan. Las respuestas positivas tienen un valor de 1, la ausencia de respuesta afirmativa es el valor 0. La mayor cantidad de valores 1 corresponde a mayor nivel de sensibilidad operativa, 0 es nula, 1 es bajo, 2 es media, 3 es máximo.</p> <p>Esta Tabla de sensibilidad operativa, muestra que más de la mitad de los problemas de salud no están desagregados por sexo, por lo cual tienen nula sensibilidad para la descripción. Por su parte las intervenciones que propone el plan para cada enfermedad tiene una sensibilidad nula o baja, una baja sensibilidad significa que se plantean intervenciones considerando grupos socialmente excluidos.</p> <p>Los objetivos según ciclo de la vida, contienen la mayor sensibilidad de género para intervención, concentrándose en las primera etapa de la vida, con un nivel medio y alto de sensibilidad, lo que significa que contemplan objetivos y acciones para la disminución de las desigualdades de género. Sin embargo tienen nula sensibilidad para la descripción, pues los datos no están desagregados por sexo, son descripciones e intervenciones en que sólo se cita a la mujer. Las siguientes tres etapas de la vida, tiene sensibilidad para la descripción, esto es desagrega por sexo, y tienen una baja sensibilidad para la intervención, es decir contempla objetivos o acciones para grupos socialmente excluidos.</p> | |

III Estratégias para a gestão da Mudança

Este conjunto de estrategias busca desenvolver con eficiencia y de modo participativo e informado las intervenciones que se proponen, en el marco de tres perspectivas: *mudança centrada no cidadão, capacitar o sistema de saúde para a*

inovação e reorientar o sistema de saúde. En esta ultima esta incluido el uso de medicamentos.

1. A mudança centrada no cidadão

Esta perspectiva comienza refiriéndose a la equidad, como un valor orientador cuya percepción es necesaria para garantizar una mayor aproximación entre el ciudadano y el poder político. Para que esto se haga efectivo en primer término que se aumenten las opciones para escoger del ciudadano, se multipliquen los mecanismos de participación en el sector de la salud, se apoyen las organizaciones de la sociedad civil, se promuevan los comportamientos y ambientes saludables (Vol. I, pág. 63).

Las orientaciones estratégicas son cinco, cada una describe la situación actual y las intervenciones a desarrollar, éstas son: *Aumentar as opções de escolha do cidadão, Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde, Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, Criar um contexto ambiental conducente à saúde,* y por último *Saúde ocupacional.*

a) Aumentar as opções de escolha do cidadão

El primer lugar lo ocupa el objetivo referido a *Aumentar as opções de escolha do cidadão*, alude a la categoría de ciudadanía como una figura neutra sin rasgos específicos de sexo, al que se apela su participación en cuestiones relativas a la salud. Se enfatiza lo que llama ciudadanía informada para decidir entre las opciones de manera responsable, ante la falta de información validada se propone aumentar el acceso a información. La intervención que se plantea para el aumento de opciones del ciudadano, sin relevancia de las cuestiones relativas a la desigualdad de género o la existencia de exclusión social: “Deverá ser respeitada a liberdade de escolha do cidadão, em áreas cujo nível de desenvolvimento tecnológico, bem como a qualidade em que e como os serviços são prestados não comprometa o funcionamento eficiente do SNS como um todo. (...) se implementar um sistema de cheque-saúde, aproveitando a experiência de outros países. No sentido de evitar situações como o monopólio da oferta e a indução da procura, deverão ser criadas e fomentadas iniciativas regulamentadoras da actividade de agentes económicos em situação de aparente domínio.” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 54).

b) Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde

En este segundo objetivo son incluidas las desigualdades de género, vinculadas a minorías étnicas y personas se ejercen la prostitución (PNS, Vol. II, 2004, pág. 55). La población socialmente excluida es mencionada para referir las desigualdades en la salud y plantear algunas intervenciones para su consideración. La participación es definida desde la integración de los grupos excluidos para enfrentar episodios de desigualdad: La población excluida, es visualizada haciendo referencia a la falta de participación en el sector de la salud de quienes – sin distinción de sexo - viven en situaciones de exclusión social, “Estas situações de exclusão são particularmente marcantes no caso dos imigrantes, das minorias étnicas, dos sem abrigo, das populações prisionais, das mães solteiras e dos portadores de algumas doenças crónicas”. (PNS, Vol. II, 2004, pág. 54). En atención a los socialmente excluidos: “Será desenvolvido pela DGS, um programa para redução das desigualdades em saúde e para a inclusão social no sector da saúde. Serão equacionadas medidas destinadas a assegurar o acesso das pessoas com deficiência, em condições de igualdade, ao Serviço Nacional de Saúde. (PNS, Vol. II, 2004, pág. 55).

Las desigualdades de salud, son citadas en este segundo objetivo y son asociadas a los siguientes problemas de salud, - pero no desagregados por sexo -, “As populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer de desvantagens substanciais em relação à saúde: a esperança de vida é menor, apresentam uma maior morbilidade, têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informados sobre os cuidados preventivos” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 55).

Como intervención se plantea promover la reducción de desigualdades en la salud: “estudar a situação, caracterizando os casos de desigualdade em saúde e inventariando e divulgando os exemplos de boas práticas neste domínio, de modo a disseminar este tipo de intervenção; adequar os recursos e criar Centros de Saúde ou mobilizando unidades móveis, em comunidades consideradas mais desfavorecidas, com recursos que permitam aos serviços de saúde adequar -se às necessidades dos imigrantes, minorias étnicas e pessoas sem abrigo e de outras populações desfavorecidas; estabelecer parcerias com outros sectores, para além da saúde,

trabalhando para esse objetivo com as ONG e com outros serviços, como a segurança social, ambiente e defesa do consumidor, entre outros” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 55).

Se reconocen las desigualdades sociales con efectos en el estado de la salud en las siguientes situaciones - no separadas por sexo-: “nomeadamente quanto aos idosos que vivem isolados, às crianças filhas de pais alcoólicos e/ou toxicodependentes, aos imigrantes (especialmente os ilegais), aos refugiados, aos desempregados de longa duração, aos sem-abrigo, aos portadores de deficiência, às vítimas de desigualdades relacionadas com o género, às pessoas pertencentes a minorias étnicas e às que se prostituem” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 55).

c) Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis,

Entre los problemas de salud que se describen en el objetivo tercero *Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis*, aquellos que incluyen una separación por género son el consumo del tabaco que ha disminuido en la población masculina joven (19,5%), lo contrario ocurre en la población femenina (sin dato) donde el consumo ha aumentado (PNS, Vol. II, 204, pág. 56). Se propone como intervención: “Continuar-se-á a investir na prevenção da iniciação tabágica nos jovens, particularmente do sexo feminino. Está previsto o apoio à OMS quanto ao IV Plano para uma Europa sem Tabaco” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 60).

Respecto del consumo de alcohol se identifica un aumento preocupante. “Ocorreu um aumento de consumidores do sexo masculino, dos 15 aos 17 anos. Verificou-se também um aumento importante nos consumidores femininos, no Alentejo, entre os 15 e os 54 anos” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 56). Se plantea como objetivo de intervención: “Desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e acções de sensibilização e de formação para grupos específicos que chamem a atenção para os riscos do consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente de bebidas alcoólicas” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 61).

El consumo de drogas ilícitas, dispone de información detallada pero sin referir a mujeres u hombres, asimismo la mala nutrición, la actividad física insuficiente. Como intervención propone: “serão criadas unidades medicamente assistidas para populações

especiais, como grávidas, mães com filhos pequenos e portadores de doenças mentais e físicas que necessitem de cuidados acrescidos” (Ministério de Saúde, PNS Orientações Estratégicas para 2004-2010, Mais Saúde para Todos, 2004, pág. 62).

También se hace referencia a la violencia - considerado como 'legado sociocultural del pueblo portugués', no es detallada por sexo pero sí en distintas dimensiones y colectivos sociales, esto es visualizada como violencia física y psicológica, social (referida a la contaminación ambiental y productos farmacéuticos no testados) y violencia a nivel grupal, donde se sitúan las preocupaciones de las relaciones referidas como 'intrafamiliares e intrasexos': “Os factores intrafamiliares percebidos como causas de violência incluem a desigualdade entre os géneros, a droga e o álcool, a falta de afecto nas famílias e o desemprego” PNS, Vol. II, 204, pág. 59). Se resalta que las respuestas de la salud para la violencia han sido inadecuadas, pues contemplan esencialmente aspectos de emergencia médica, sin contemplar las vertientes más preventivas.

Sobre la 'violencia doméstica' – refiere que es un 'fenómeno de impacto público, seguido por las agencias estatales, las organizaciones no gubernamentales y los medios de comunicación que le dan visibilidad como crimen público'. Destaca como 'malos tratos a mujeres' el que recibe 1 de cada 3 mujeres, resultando que por año el 52% de las mujeres es víctima de alguna forma de violencia. Sin desagregar por sexo se subraya que también los niños, los jóvenes y las personas mayores se ven afectados en su calidad de vida debido a la violencia, malos tratos, abuso sexual: “Entre os vários tipos de maus tratos, o abuso sexual, nas suas diversas expressões, é talvez uma das situações em que os profissionais de saúde, quando com elas confrontados, sentem mais dificuldade em intervir. As respostas da saúde para a violência doméstica só recentemente começaram a ser alvo de maior atenção, mesmo assim insuficiente”. (PNS, Vol. II, 2004, pág. 59). Luego es incluida la violencia en el trabajo, actos contra profesionales de la salud.

En el ámbito de la violencia, concretamente el plan propone: “A Saúde continuará a dar o seu contributo para a aplicação do *Plano Nacional contra a Violência Doméstica*, através, nomeadamente, de acções de formação para os seus profissionais, no sentido de os sensibilizar e de potenciar as suas competências na identificação das

situações de violência, na orientação e no apoio das vítimas” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 62).

Respecto de la promoción de comportamientos saludables, el plan de salud propone como intervención combatir las causas subyacentes a las principales enfermedades relacionadas con los 'estilos de vida', dedicando atención a los factores como el consumo de alcohol y de tabaco como prioridades, y la alimentación (exceso de peso y obesidad) actividad física, stress, abuso de drogas, así como factores de naturaleza socioeconómica “geradores de fenómenos de violência e exclusão social” (Vol. I, pág. 66).

d) Criar um contexto ambiental conducente à saúde

La información que se aborda a seguir, no incorpora datos desagregados por sexo, sólo cita genéricamente colectivos de población. Esto es los temas del cuarto y quinto ámbito en esta perspectiva: incluye aspectos sobre contaminación atmosférica y alteraciones climáticas, problemas y enfermedades relacionadas al agua, los problemas relacionados con la calidad de la habitación donde se da la situación que las habitaciones más antiguas son habitadas principalmente por las generaciones mas ancianas tanto en el centro como en el interior del país. La falta de condiciones de estas habitaciones empuja a la mayor institucionalización de la población envejecida “Esta situação tende a agravar -se com o envelhecimento progressivo da população portuguesa.” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 64).

Los riesgos químicos, biológicos, referida a la introducción en el mercado de y en el ambiente de organismos genéticamente modificados (OGM), son abordados de manera detallada y finalmente algunos de sus efectos según las investigaciones, de manera genérica para la salud de hombres y mujeres: “a diminuição do número de espermatozoides no homem, contribuição para o desenvolvimento de cancro da mama nas mulheres, problemas no desenvolvimento, como a má coordenação e tamanho craniano reduzido em crianças, etc.” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 65). La seguridad alimentaria relacionada con la actividad agrícola son vinculadas a “As doenças alimentares são uma ameaça crescente para a saúde humana, em particular para as pessoas mais pobres, as quais são também as mais vulneráveis à falta de alimento, à

subnutrição e à dificuldade no acesso a produtos de qualidade” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 65). Los riesgos radioactivos y los residuos sólidos urbanos también son abordados.

e) Saúde ocupacional

Respecto al último ámbito en esta perspectiva está la salud ocupacional donde se admite el conocimiento deficiente, al nivel de datos o información relativa factores de riesgo profesionales, indicadores, así como “Não é conhecida qualquer informação sobre a saúde e segurança dos trabalhadores imigrantes (estimam-se em, pelo menos, 10% da população activa)” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 70). Tampoco existe intervención del SNS en grupos de trabajadores como los independientes, agricultores, servicio doméstico. “Apesar da responsabilidade atribuída ao Serviço Nacional de Saúde, não existe, há quase 10 anos, qualquer esboço de intervenção do Serviço Nacional de Saúde em determinados grupos de trabalhadores (e.g. trabalhadores independentes, agricultores, serviço doméstico)” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 70).

2. Capacitar o sistema de saúde para a inovação.

Esta estrategia, se refiere a la definición de una política de recursos humanos, a la gestión de la información y el conocimiento, al incentivo de la investigación en salud y la participación en los forums internacionales, para el intercambio científico-técnico a nivel internacional (cooperación con la OMS, el Observatorio Europeo de Salud, cooperación con la UE y el Consejo de Europa) en el ámbito de la cooperación con los países lusófonos en el dominio de la salud.

a) Definição e adequação de uma política de recursos humanos

La situación actual de los recursos humanos reporta problemas que son descritos sin datos por sexo, tales como información incompleta sobre las características y la distribución de los recursos humanos, déficit de profesionales de salud y asimetrías en su distribución regional (PNS, Vol. II, 2004, pág. 72), no existe una política de recursos humanos de lo cual resultan deficiencias de la fuerza de trabajo. Como intervención, se plantea desenvolver un sistema de información de los recursos humanos integrado, adecuar la oferta de profesionales de la salud en cantidad y calidad según la necesidad

de los ciudadanos y del sistema de salud, corregir las carencias mas graves y las asimetrías regionales en la distribución de recursos humanos del SNS, a través de estímulos para los profesionales destinados a estas áreas geográficas, adecuación de los sistemas de remuneración y encuadramiento jurídico (PNS, Vol. II, 2004, pág. 73).

b) Gestão da informação e do conhecimento

En cuanto a la gestión de la información y del conocimiento, se refiere a la falta de una conceptualización inadecuada del sistema de información de salud, descentralizado y heterogéneo en las soluciones y aplicaciones, falta de apoyo a nivel regional que afecta el control y vigilancia de las enfermedades, los registros nacionales no son adecuadamente instrumentalizados (PNS, Vol. II, 2004, pág. 75-76). No hay alusión a la disponibilidad de datos estadísticos desagregados por categorías como el sexo. Como intervención se plantea modernizar la infraestructura informática en el país a través de una estrategia multidimensional y un *Plano Estratégico de Sistemas Informáticos da Saúde* (PNS, Vol. II, 2004, pág. 79)

c) Incentivar a investigação e desenvolvimento em saúde

En cuanto a la investigación en la salud se hace referencia a la falta del soporte de conocimiento científico en el contexto nacional, lo que tiene impacto en procesos como la toma de decisiones, identificación de grupos de riesgo, - sin mayor detalle relativo a los determinantes sociales como el género -, para la intervención y abordaje de enfermedades “O impacto desta deficiência pode tomar proporções consideráveis, afectando os processos de tomada de decisão, a identificação precisa dos grupos de risco e grupos-alvo para determinadas intervenções, a abordagem às doenças e, por exemplo, a efectividade associada a determinada intervenção”.(Vol I, 2004, pág. 72). Describe el tipo de financiamiento a cargo del *Ministério da Ciência e do Ensino Superior* y el papel fundamental en la investigación en salud de las instituciones de la sociedad civil como la *Fundação Calouste Gulbenkian* y la *Fundação Luso Americana para o Desenvolvimento* y la Unión Europea que promueve proyectos de investigación (PNS, Vol. II, 2004, pág. 79).

Otro problema que identifica es que en el ejercicio profesional el trabajo de

investigación no solo no es incentivado sino que es una actividad no deseada y las administraciones de salud evalúan los servicios solo en términos de número de actos profesionales practicados, no contempla la investigación ni siquiera como actividad secundaria, es desvalorizada en las carreras profesionales y como valor curricular en su expresión más cuantificable como es la participación en comunicaciones, congresos y publicaciones. Existe un número limitado de grupos de excelencia sin tradición de colaboración nacional en red, según los datos al 2002 del *Observatório da Ciência e Ensino Superior*, las ciencias de la salud representan solo el 10,5% del gasto nacional en I&D, más abajo que otras áreas científicas como las agrarias, veterinarias, ciencias naturales e ingeniería (PNS, Vol. II, 2004, pág. 80).

Como intervención plantea desenvolver proyectos de investigación y desarrollo (I&D) para la planificación, ejecución y evaluación de los diferentes componentes del PNS, apoyar la el incentivo a la investigación en ciencias de la salud bajo el control del *Ministério da Saúde*, definiendo lagunas y prioridades y una agenda de investigación en salud, las que se relacionan básicamente con enfermedades, no se mencionan estudios sobre determinantes sociales como el género. “Independientemente da decisão sobre a política de I&D em ciências da saúde, considera-se, desde já, desejável a realização de projectos sobre doenças crónicas e, particularmente, prevalentes e/ou incapacitantes como as doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA, doenças mentais (incluindo comportamentos adictivos e problemas com eles relacionados), doenças genéticas e sobre determinantes de saúde como os estilos de vida ou as causas dos acidentes (de viação, trabalho e domésticos e de lazer)” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 81).

Se considera como prioridad temática la investigación del genoma humano para desarrollar nuevas terapias “Em particular, é necessário estimular projectos de investigação com o objectivo de identificar novas mutações responsáveis por doenças na População Portuguesa para subsequente desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico específicas. Outras áreas prioritárias incluem a susceptibilidade genética a doenças, a farmacogenómica e a identificação de novas moléculas alvo com potencial uso terapêutico” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 81).

Finalmente, valoriza la participación del sector de la salud en espacios internacionales identificando los tres ejes orientadores de la política en función de la

Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y la cooperación con los estados miembros de la Comunidad de Países de Lengua Oficial Portuguesa (PNS, Vol. II, 2004, pág. 82). Esta intervención plantea en el ámbito de la cooperación con países lusófonos las enfermedades asociadas a la pobreza, reforzando las intervenciones necesarias para la concretización de los Objetivos del Milenio, especialmente en relación a la malaria, SIDA, tuberculosis, mortalidad materna (PNS, Vol. II, 2004, pág. 86).

3. Reorientar o sistema de saúde

Esta estrategia, – sin referencia a grupos sociales o por sexo -, aspira a la entrega de una atención de calidad al ciudadano, en tiempo útil, mejorando el acceso por medio de la efectividad, la humanidad y a costos sustentables. Se describe la red de cuidados primarios, secundarios, continuados y terminales y la política del medicamento. De manera general, se reconoce la falta de integración de los diversos niveles de cuidado y de articulación con el sector privado de la salud, deficiencias de la legislación relativas al permiso y fiscalización de los servicios privados con y sin fines de lucro (PNS, Vol. II, 2004, pág. 86-87).

Rede de cuidados de saúde primários

La situación actual es que – sin referencia a grupos sociales o por sexo -, existe un número significativo de portugueses en lista de espera para obtener médico de familia, la participación de la ciudadanía en los centros de salud es insuficiente, falta de información adecuada, se plantea la necesidad de diversificar las respuestas al nivel de cuidados primarios (público, privado, cooperativas, etc.). Como intervención se propone: asegurar la participación de los usuarios – sin referencia a grupos sociales o por sexo -, en el centro de salud a través de mecanismos como el *Conselho Consultivo do Centro de Saúde*, apoyar la descentralización de estos servicios para que sean más próximos a los lugares de trabajo y según las necesidades de los usuarios. Se proponen modelos de gestión más empresariales a cargo del director de los centros de salud. (PNS, Vol. II, 2004, pág. 88).

Redes de cuidados Hospitalares.

La situación actual es de deficiencia, – sin referencia a grupos sociales o por sexo –, incorrecta distribución geográfica de las camas, concentradas en sólo 3 polos, estructuras inadecuadas a sus funciones y a la cantidad de población que atienden. Falta de médicos y enfermeros, horarios inadecuados a las necesidades de la población, “as urgências tornaram-se, para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no Serviço Nacional de Saúde” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 89). Insatisfacción de los profesionales de la salud en términos de remuneraciones, inseguridad, ineficiencia del modelo hospitalar: “Neste contexto, têm-se experimentado formas alternativas de gestão Hospitalar, como é o caso da transformação dos 31 Hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 89).

Como intervención – sin referencia a grupos sociales o por sexo –, se plantea reestructurar los cuidados hospitalares, definiendo un mapa de distribución en una lógica más funcional, que refuerce la articulación entre hospitales, promover una gestión más eficiente: “A implementação efectiva de um novo modelo de gestão empresarial implicado na transformação dos 31 Hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos pressupõe a criação de uma estrutura organizacional que possibilite o seu acompanhamento rigoroso, objectivado num programa específico de intervenção” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 90). Desarrollar nuevas formas de servicio, alternativas al internamiento clásico. Reorganizar las urgencias, reforzando los centros de salud y la asistencia domiciliaria. No hay referencias a grupos sociales ni por género.

Redes de cuidados continuados.

La situación actual, sin referencias por género, es de aumento progresivo de la esperanza media de vida. Personas víctimas de accidentes o con patologías crónicas, incapacitantes, demandan necesidades de cuidados en situación de dependencia y apoyo psicosocial. Como intervención se informa que fue aprobada la ley para constituir la “Rede de Cuidados Continuados, constituída por todas as entidade públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 91).

Serviços de saúde pública.

La situación actual es que los *Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP)*, creados por reglamento el año 1999 para resolver problemas de salud pública, evaluar el estado de la salud de las poblaciones y monitorizar los servicios de salud, aún no cumplen su misión, sufre la falta de técnicos, instalaciones y de protagonismo institucional. Hay desinterés por la carrera de salud pública, “A carência de médicos em geral e, em especial, da carreira de saúde pública atingiu níveis preocupantes que dificultam o assegurar de funções de autoridade de saúde a todos os níveis, com a devida competência, bem como a condução de trabalhos que visam melhorar a situação de saúde do País” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 92). Como intervención, se plantea un mayor desarrollo de los *CRSP* con medios humanos y materiales para el funcionamiento efectivo, la unidad geográfica debe corresponder a las formas de ocupación del espacio por parte de la población “que tenham em conta as formas muito assimétricas de ocupação do espaço pela população em Portugal (grandes centros urbanos e suburbanos, interior com desertificação demográfica, etc) (PNS, Vol. II, 2004, pág. 92-93).

Melhoria do acesso.

La situación actual – sin referencia a grupos por sexo-, está caracterizada por el acceso limitado al servicio ambulatorio y a las intervenciones quirúrgicas, listas de espera, y el sub-desenvolvimiento de la telemedicina para los profesionales que trabajan en el interior de las regiones, acceso limitado a la información. Existen iniciativas de información al ciudadano *Linha Gripe* e a *Saúde 24*, pero funcionan de manera descoordinada (PNS, Vol. II, 2004, pág. 93). Como intervención, para reducir las listas de espera, tanto para las intervenciones quirúrgicas como de las consultas ambulatorias – sin referencia a grupos sociales o por género -, desarrollar el Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC). Impulsar la telemedicina y la creación de un *Centro de Informação de Saúde para o Cidadão (Contact Center)* (PNS, Vol. II, 2004, pág. 94).

Melhorar o diagnóstico e tratamento.

Se refiere a la situación en el ámbito de las *Altas tecnologias da saúde* y

Medicamentos e produtos de saúde.

Altas tecnologias da saúde. La situación actual se relaciona con el diagnóstico y tratamientos (radiografías), en que Portugal carece de centros tecnológicamente avanzados que faciliten el acceso a todos los ciudadanos -en general- sin referencia a grupos sociales o por sexo -, próximas, sin esperas, tampoco se han implementado las directivas comunitarias referente a la protección radiológica (PNS, Vol. II, 2004, pág. 95). Como intervención, bajo los principios de equidad y accesibilidad, se plantea mejorar el acceso a los medios de diagnóstico terapéutico a nivel local de los cuidados primarios, garantizar -en general sin distinción de grupo social o por género-, a los pacientes oncológicos el acceso a los centros de radioterapia, descentralización progresiva de los servicios de medicina nuclear al nivel de los hospitales centrales y distritales, finalmente implementar las directivas comunitarias referentes a la protección radiológica (PNS, Vol. II, 2004, pág. 95)..

Medicamentos e produtos de saúde. El ámbito del medicamento se plantea en términos de la necesidad de promover la equidad en el acceso a los medicamentos, – sin referencia a grupos por sexo -, la coparticipación gradual por parte de pacientes de menores recursos, entre otras -pero sin distinción por género-. Al Ministério da Saúde a través de INFARMED le corresponde facilitar el acceso a los medicamentos destinados a las patologías raras, incrementar la producción nacional, licencias, autorizaciones, promover la investigación farmacéutica y clínica en Portugal (PNS, Vol. II, 2004, pág. 95-96).

Para la intervención, se plantea mejorar el acceso a través de la promoción de medicamentos genéricos, la información pedagógica a los ciudadanos, introducción en el mercado y adecuar el precio del medicamento a través de el régimen de coparticipación, desenvolver un sistema de entrega de medicamentos a nivel de cuidados primarios, en nivel hospitalar y revisar el sistema global de precios de los medicamentos - sin referencia a algún grupo social o distinción por género- (PNS, Vol. II, 2004, pág. 96-97). Mejorar la cobertura farmacéutica, según la distribución poblacional sin referencia a algún grupo social o distinción por género- , “tendo em conta necessidades específicas das populações residentes em localidades mais afastadas dos grandes centros, nomeadamente em locais onde existam outros equipamentos de

saúde, ou através da instalação de postos móveis para dispensa de medicamentos” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 98).

Sangue e Transplantes, la situación actual y la intervención es general sin distinción de grupo social o por género. (PNS, Vol. II, 2004, pág. 98-99).

Apostar na qualidade em saúde, donde se incluyen *Qualidade da prestação de serviços de saúde*, *Qualidade do diagnóstico laboratorial*, *Humanização dos serviços* y *Assistência espiritual e religiosa*, donde la situación actual y la intervención es general sin distinción de grupo social o por género. Existe una referencia en la *Humanização dos serviços* y *Assistência espiritual e religiosa*, la falta de formación de los profesionales en éstas áreas y de las *Comissões de Ética*, frente a las dificultades “ao nível do atendimento e da comunicação com estrangeiros e do respeito pelas crenças religiosas dos indivíduos. Os problemas de formação dos profissionais de saúde nestas áreas acarretam consequências em termos de qualidade na prestação dos cuidados e da saúde dos indivíduos” (PNS, Vol. II, 2004, pág.101-102).

En la página siguiente se muestra la Tabla 4 el nivel de sensibilidad de género de este tercer conjunto de estrategias del plan de salud portugués. Como vemos la estrategia enfocada en la mudanza centrada en el ciudadano, tiene en general una baja sensibilidad. Solo 2 de los 5 objetivos entrega datos desagregados por sexo, estos son la promoción de comportamientos y estilos de vida saludable y en problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas ilícitas. El otro objetivo que considera estudios que resaltan las diferencias por sexo es el objetivo de crear un contexto ambiental conducente a la salud, concretamente el problema de los riesgos genéticos citando estudios que revelan una incidencia diferenciada entre hombres y mujeres. Las intervenciones de este grupo de objetivos, tienen una baja sensibilidad de género, solo el segundo objetivo correspondiente a Multiplicar los mecanismos de participación del ciudadano (en masculino) en el sector de la salud, tiene un bajo nivel de sensibilidad porque hace referencia a la consideración de grupos socialmente excluidos y algunas víctimas de la violencia en femenino, como el ejercicio de la prostitución, las madres solteras, y asociadas a grupos étnicos. El objetivo relativo a la promoción de conductas y estilos de vida saludable tiene un bajo nivel de sensibilidad para la intervención porque señala el *Plano Nacional contra a Violência Doméstica*, a

cargo de la *Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres*.

Los objetivos correspondientes a Capacitar el sistema de salud para la innovación tienen nula sensibilidad de género para la descripción y para las intervenciones que proponen. Igualmente, los objetivos bajo el título de Reorientar el sistema de salud, a excepción de las medidas propuestas en el ámbito de los medicamentos donde plantea acciones para el acceso a través de mecanismos de coparticipación en el pago.

Tabla 4.
Sensibilidad Operativa de Género
III Estratégias para a gestão da Mudança

| Problema u Objetivo | Descripción / Intervenciones |
|---|------------------------------|
| Estratégias para a gestão da Mudança. | |
| 1. A mudança centrada no cidadão. | |
| a) Aumentar as opções de escolha do cidadão. | 0/0 |
| b) Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde. | 0/1 |
| c) Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. | 1/1 |
| d) Criar um contexto ambiental conducente à saúde. | 1/0 |
| e) Saúde ocupacional. | 0/0 |
| 2. Capacitar o sistema de saúde para a inovação. | |
| a) Definição e adequação de uma política de recursos humanos. | 0/0 |
| b) Gestão da informação e do conhecimento. | 0/0 |
| c) Incentivar a investigação e desenvolvimento em saúde. | 0/1 |
| 3. Reorientar o sistema de saúde. | |
| Rede de cuidados de saúde primários. | 0/0 |
| Redes de cuidados Hospitalares. | 0/0 |
| Redes de cuidados continuados. | 0/0 |
| Serviços de saúde pública. | 0/0 |
| Melhoria do acesso. | 0/0 |
| Melhorar o diagnóstico e tratamento: Altas tecnologias da saúde, Medicamentos e produtos de saúde. | 0/1 |
| Sangue y Transplantes, | 0/0 |
| Apostar na qualidade em saúde: Qualidade da prestação de serviços de saúde, Qualidade do diagnóstico laboratorial, Humanização dos serviços y Assistência espiritual e religiosa, | 0/0 |

Nota: El indicador 0 a la izquierda de la barra diagonal, corresponde al valor para descripción de los datos según sexo. A la derecha de la barra diagonal es el valor para las intervenciones propuestas por el plan. Las respuestas positivas tienen un valor de 1, la ausencia de respuesta afirmativa es el valor 0. La mayor cantidad de valores 1 corresponde a mayor nivel de sensibilidad operativa, 0 es nula, 1 es bajo, 2 es media, 3 es máximo.

Esta Tabla de sensibilidad operativa, muestra que sólo dos de los objetivos de este conjunto de estrategias dispone de datos desagregados por sexo. En las intervenciones propuestas, solo 3 objetivos tienen una sensibilidad baja, correspondiente a propuestas o acciones destinadas a grupos socialmente excluidos. No contempla objetivos para reducir la desigualdad de género.

IV Estratégias para Garantir a Execução do Plano

El cuarto y último conjunto de estrategias referido a los mecanismos operativos para garantizar la ejecución del plan nacional, corresponde a los procedimientos legales, de divulgación social, y de seguimiento para del plan nacional de salud.

De manera resumida, este conjunto de estrategias o cuarto capítulo titulado *Estratégias para Garantir a Execução do Plano*, tiene que ver con las fases se desglosa en cuatro objetivos operativos, en primer lugar referente a las normas necesarias para la atribución de recursos para ejecutar las estrategias del plan nacional a cargo del *Ministério da Saúde* y el *Ministério das Finanças*; en segundo lugar a las estrategias para la divulgación del *PNS* a través de los medios de comunicación social, la realización de foros regionales y nacionales, para conseguir la diálogo intersectorial y contribuir con otras políticas como la agrícola, ambiental o educacional; en tercer lugar, actualizar la legislación de la salud, y como cuarto y último objetivo, la constitución de una *Comissão de Acompanhamento do Plano (CAP)*, coordinada por el Alto Comissário para liderar las actividades del plan nacional en las áreas priorizadas, con recursos propios. De acuerdo a lo que señala el plan de salud, esta comisión trimestralmente debe monitorizar los indicadores del *PNS*, y hacer llegar correcciones al *PNS* cada dos anos para alcanzar las metas planeadas.

Este último conjunto de estrategias no hace referencia a datos desagregados por sexo, y tampoco define intervenciones, objetivos o acciones para disminuir las desigualdades de género o las desigualdades entre grupos de exclusión social.

CAPITULO FINAL: DISCUSION Y REFLEXIONES FINALES

La perspectiva de género para el análisis de las políticas de salud pública

1. Concluimos que la presencia estereotipada de las mujeres o su ausencia en las políticas ha determinado varias formas de exclusión. Para comprender esta exclusión es preciso comprender que se trata de un problema de relaciones inequidad de género. Las políticas responden a una situación histórica y un espacio físico, determinado por intereses políticos, económicos, religiosos y sociales que reflejan la desigualdad de género, de clase y de raza. La importancia de esta comprensión, tiene el valor de situar las diferencias en un plano social, y por tanto susceptible de transformación, esto es ubicar las desigualdades fuera del cuerpo, o no atribuibles a la biología o al sexo donde es más difícil – en tanto - la posibilidad del cambio, de justicia o igualdad.
2. En la revisión de los antecedentes institucionales de la asistencia, se reconocen circunstancias que favorecen la exclusión y la participación de las mujeres en el desarrollo de las políticas de bienestar, entre estas últimas, las prácticas de la filantropía de las mujeres burguesas durante las crisis sociales de la industrialización, posteriormente las reformas estatales que caracterizan la llegada del Estado de Bienestar en los países más desarrollados y se entremezclan con las demandas de los movimientos que defienden a las mujeres, que denuncian la pobreza feminizada y la falta de apoyo a la maternidad. Finalmente, las contribuciones del feminismo como movimiento social para la modernización de la salud, en términos de derechos sexuales y reproductivos, representa un fenómeno de envergadura global, instalado a nivel de compromisos internacionales, en redes y agendas que ya no se pueden obviar y que en el campo de la salud se traducen como un asunto pendiente de equidad de género.
3. De la revisión y síntesis de los conceptos de género, podemos concluir que las elaboraciones teóricas feministas, representan un avance sustantivo con frutos

concretos en la investigación para el mejoramiento de la salud. La noción del género como una categoría de relaciones situadas, permite sobrepasar los límites cuando asociado al sexo, igualmente considerada una construcción histórica. La idea de género como una relación de dominación o de desigualdad de poder, ha dado realzado las diferencias sociales y su presencia transversal, justificadas en el sexo lo que ha permitido una mirada crítica al papel de las mujeres en la sociedad. Abordar adecuadamente la salud de hombres y mujeres, es considerar sus determinantes sociales y aquellas desigualdades injustas y evitables, que son por tanto responsabilidad de las instituciones y de la actuación política.

4. En el convencimiento de que la crítica feminista y sus herramientas de análisis sirven para la identificación de sesgos de género, en el pasado y en la actualidad, en la línea de varias investigadoras de la ciencia, podemos concluir que el ejercicio crítico de desnudar el género y la dominación, puede contribuir en la construcción de una ciencia y prácticas sanitarias donde las desigualdades de género no tengan la centralidad que todavía tienen. La identificación de la naturalización social de la mujer y del equivoco sexo género (Esteban, 2007), constituye un ejercicio obligado en la práctica cotidiana y profesional, con el fin de identificar los valores y estereotipos de género todavía arraigados en la formulación de las políticas, en el análisis de datos, en la experiencia personal, social y científica.
5. La contribución en materia de género y salud, representa un campo prolífico durante las últimas décadas, desde la historia, la sociología y la antropología, desarrollando tópicos y abordajes que sobrepasan los límites de la especialización y se benefician de la interdisciplinariedad. Ya no se puede sostener como una excusa la falta de investigaciones o evidencias para no ser incluidas en el ámbito de las decisiones políticas. En esta investigación, la búsqueda bibliográfica se nos reveló copiosa para la inclusión del género como enfoque y como resultados de investigación.
6. En este campo la salud como los otros sectores del estado precisan incorporar el

enfoque de la equidad de manera transversal en sus políticas. La interacción de la equidad de género en la salud, requiere de abordajes participativos, intersectoriales y basados en las contribuciones de las diferentes disciplinas sociales. Así también la experiencia desarrollada en el campo de la equidad de género en otros países.

7. En tiempos de cambios y crisis sociales, los derechos adquiridos o ganados se hacen vulnerables. Portugal dispone de un modelo de igualdad jurídica, para acceder a oportunidades en la vida pública, en el terreno profesional y, por otro lado, condiciones sociales y políticas que hacen posible la persistencia de la desigualdad. Las estadísticas y los datos no juegan a favor de dar cuenta de las desigualdades en detrimento de la salud de las mujeres. Los datos muestran la virtual superioridad numérica de las mujeres, en sus niveles de salud, en su preocupación por estar bien, y recurrir a los cuidados. Sin embargo estos datos tradicionales no dejan entrever factores invisibles, problemas reales que persisten debido a las desigualdades de género.
8. De esta forma, la utilización de indicadores y metodologías de análisis producidas con un enfoque de género, son necesarias. Representan una intención política de cuestionamiento y de propuesta de nuevos abordajes y del recurso a los conceptos ya elaborados en el campo de las ciencias sociales. Por lo demás ya es un consenso que las estadísticas tradicionales también son productos sociales no inocentes. De todos modos, este trabajo, para la utilización y validación de mejores instrumentos que den cuenta de las dimensiones de la desigualdad en la salud, no busca negar, excluir o denostar lógicas diferentes, sino, de alguna forma, coexistir o cruzarse para una mejor comprensión.
9. En este sentido, los indicadores de sensibilidad de género (Peiró et. al, 2004), orientan e inspiran esta tesina de investigación, de análisis del nivel de incorporación del género en la formulación de las políticas nacionales de salud. Efectivamente, el cuestionario guía y sus indicadores cumplieron con el objetivo para el cual fueron diseñados, esto es evaluar o medir la ausencia o presencia de

la dimensión del género, entendido como desigualdades sociales, como una categoría de relación. Aún más este conjunto de indicadores permitió evaluar cada estrategia, entorno de salud, enfermedad priorizada, por el plan. Dando paso a la necesidad de explicación respecto del peso o el grado de sensibilidad de género en cada materia abordada por el plan.

10. Es recomendable y necesario dicho trabajo explicativo de los contenidos y sus indicadores de sensibilidad. En el sentido de conseguir un análisis global o más profundas de la ausencia o presencia del género en las distintas partes o a lo largo del plan. De esta forma, los indicadores representan una herramienta útil para este análisis explicativo y dar pie a recomendaciones.
11. A continuación damos cuenta de las principales reflexiones en torno a los resultados expresos en los indicadores de sensibilidad de género atribuidos a las estrategias del plan de salud portugués. Partíamos de la pregunta de investigación: Las políticas de salud en Portugal conducen a la equidad de género en la salud? De acuerdo a los indicadores de sensibilidad de género, a lo largo del plan se obtienen nulos y bajos valores, con excepción de los objetivos que enfocan las etapas de la vida, donde nuevamente el embarazo y la maternidad son asociadas al mayor indicador de sensibilidad. De acuerdo a la profundización de los contenidos y de estos resultados, la manera en que son enfocados los problemas de salud no permite distinguir las desigualdades sociales de género¹⁶⁴, por tanto tampoco las intervenciones abordan las iniquidades que en la salud de mujeres y hombres provoca. Por tanto debemos concluir que las políticas de salud formuladas en el PNS 2004-2010 no son conducentes a la equidad de género en la salud.
12. Esta ausencia de objetivos, se traduce en una baja sensibilidad que tiene como consecuencia la perpetuación de las situaciones de desigualdad y de los patrones diferenciados entre hombres y mujeres. Desde una perspectiva de la salud

¹⁶⁴ Una limitación de primer orden, es que en el plan (Volumen I del Plano Nacional de Saude 2004-2010) se menciona dos veces la palabra género y como sinónimo de sexo. En el Volumen II se cita en mas oportunidades, pero igualmente asociado al sexo, refiere las diferencias entre los géneros.

publica, la falta de reconocimiento de que las inequidades impide abordar las consecuencias transversales de la inequidad en la salud, como las de género la clase o la raza.

Sensibilidad de género del PNS 2004-2010.

13. El Plan Nacional de Salud de Portugal (PNSP) 2004-2010 reconoce la desigualdad de género de manera general, pero reducir la inequidad debida al género no constituye un objetivo transversal de la salud. Faltan datos de problemas, situaciones o enfermedades por sexo. Ausencia de los determinantes sociales comparado con los problemas de salud desagregados por sexo. Menos de la mitad de los problemas de salud desagregados por sexo, y las intervenciones en su mayoría no contemplan objetivos ni líneas de acción para reducir las desigualdades de género. Los grupos de exclusión social no son descritos por sexo ni por otros estratificadores, como raza y las intervenciones propuestas tienen una baja o nula sensibilidad de género.
14. Los datos que arrojan los indicadores de la Tabla 1 de sensibilidad de género para la primera parte simbólica del plan de salud, le atribuyen el índice bajo correspondiente al valor 1, es decir, solo una de las 3 preguntas del cuestionario guía fue respondida afirmativamente. Esta respuesta tiene que ver con la consideración de la equidad entre los valores orientadores del plan.
15. La sensibilidad simbólica del plan de salud portugués es 1 o baja, porque en los objetivos para la salud, la reducción de las desigualdades sociales y las de género no hacen parte de los objetivos generales declarados, incluso teniendo en cuenta que la incorporación de la perspectiva de género es una política nacional y un compromiso suscrito por las instituciones portuguesas, de acuerdo con las recomendaciones internacionales¹⁶⁵ (CIDM, 2003). No es un objetivo

¹⁶⁵ Portugal fue uno de los primeros países del mundo en 1980 en ratificar sin reservas la Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres CEDAW (CIDM, 2003) que dispone que los Estados parte deben tomar “las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de

contemplado a nivel transversal por el plan de salud, aún cuando existe la mayor aceptación, dada la evidencia de los estudios de género¹⁶⁶, de que aspectos como la incidencia de enfermedades, las actitudes en relación a la salud y a la enfermedad, y el acceso a los cuidados de salud no son neutros en función del género¹⁶⁷ (Perista e Silva, 2005).

16. El plan de salud encuadra bajo títulos, grupos y enfoques muy difusos o poco claros, las situaciones e intervenciones referidas a las necesidades específicas de las mujeres. Nos referimos a las denominaciones *Nacer com Saúde, Crescer em segurança, Abordagem Programática, Mudança centrada no cidadão*, que en el plan de salud corresponden a las estrategias con mayor sensibilidad de género, por incluir en ellas ámbitos de la salud de las mujeres y particularmente la salud reproductiva que no es abordada como tal o como un capítulo específico. Este encuadramiento pretendidamente uniforme o neutro para ambos sexos, ha sido identificado desde la perspectiva de género en la salud como una señal de sesgo y de inequidad sanitaria. Se sabe que en las ciencias de la salud, el abordaje aparentemente neutro tiene como consecuencia la invisibilidad de las desigualdades sociales en la salud y por tanto su perpetuación¹⁶⁸ (Gita Sen et. al., 2005).

17. Respecto a los valores orientadores del plan de salud portugués, todas las acepciones que cita el plan de salud pero más precisamente la idea de equidad, puede interpretarse con un sentido de reducción de desigualdades, en las que

atención médica, inclusive a los que se refieren a la planificación familiar” (Iriarte, 2005, pág. 272).

¹⁶⁶ El enfoque de género dispone de reconocidos resultados empíricos en materia de salud. La evidencia disponible da prueba de que las diferencias debidas al género, inciden en el reconocimiento de las necesidades de atención, en el establecimiento de barreras o limitaciones para el acceso y en la calidad de los servicios de salud, procesos que al mismo tiempo tienen implicaciones diferentes para mujeres y hombres (Sen et. al., 2005).

¹⁶⁷ El género es un estructurador de las oportunidades y posiciones sociales a lo largo de la vida, estas relacionadas con estios de vida que justificarán diferentes niveles y comportamientos de salud y enfermedad (Kawachi, et al. 1998 en Silva e Alves, 2003).

¹⁶⁸ Por tanto, la equidad de género en materia de salud se apoya en la ausencia de sesgo, lo que a su vez exige la búsqueda cuidadosa de dónde está el sesgo presente y cómo funciona. “Por consiguiente, la ausencia de diferencias o la igualdad de género como tal no puede ser la base uniforme para la justicia de género en materia de salud. Además la igualdad de los resultados de salud puede, en algunos casos, ser un marcador de injusticia de género” (Sen et. al., 2005, pág. 10).

evidentemente pueden ser contempladas las desigualdades debidas al género. Para efectos del análisis de sensibilidad simbólica, los contenidos simbólicos relativos a los principios o valores del plan, han sido valorado como positivo o sensible al género, en la medida que el plan incluye como eje orientador la equidad que tiende a la reducción de las desigualdades.

18. Los datos que entrega el plan respecto a la situación de salud de la población no son relacionados con factores relativos a los determinantes sociales de la salud. Aún cuando desde el año 2005 la OMS tiene en marcha la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud en la línea de formular políticas y programas que permitan influir en las determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad sanitaria¹⁶⁹. En esa línea, los estudios sociológicos señalan que en Portugal, la salud de la población vulnerable continua dependiendo directamente de determinantes económicos y sociales, no sólo el estado de salud de las personas se ve afectado por la condición social, también los hábitos de salud dependen del nivel social, la escolaridad y algunas prácticas de clase, como el ejercicio físico¹⁷⁰ (Cabral e Silva, 2009). Sin embargo, la descripción de la situación de salud de la población en el PNS 2004-2010, no contiene antecedentes demográficos, económicos ni sociales de la población portuguesa, entre ellos el género considerado un determinante de la salud por parte de la OMS, y por los expertos que destacan la necesidad de adoptar medidas para aumentar el empoderamiento de mujeres y niñas en sus derechos humanos para reducir las desigualdades en la salud y asegurar el uso eficaz de los recursos sanitarios (Ostlin. 2007). El género también ha sido considerado un determinante social de la salud en el terreno de la investigación en salud más adelantada, y desde ahí se ha planteado su inclusión en las políticas de salud (Global Forum for Health Research).

¹⁶⁹ Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Véase Organización Mundial de la Salud, 2009.

¹⁷⁰ Es así que en Portugal, la muerte precoz de los más pobres en comparación con la longevidad de los más ricos, es una evidencia infranqueable del conjunto de factores que determinan que la muerte llegue antes según la pertenencia a un grupo social jerarquizado (Cabral e Silva 2009).

19. Los datos de la Tabla 2 de sensibilidad operativa de género para el primer conjunto de estrategias del plan de salud *Estrategias Gerais*, son entregados para la descripción de los datos por sexo en el cual la sensibilidad es 0 o nula, es decir ninguno de los problemas o situaciones de salud en este conjunto de estrategias son desagregados por sexo. Los indicadores para las intervenciones propuestas, igualmente son bajos para el entorno de la escuela en que son considerados grupos socialmente excluidos y para las intervenciones que priorizan por los más pobres, los entornos correspondientes al trabajo y las prisiones tienen nula sensibilidad, porque no incluyen intervenciones para disminuir las desigualdades sociales de género ni de grupos excluidos. Sólo el abordaje basado en programas o planes le fue atribuido el indicador máximo de sensibilidad de género, mas en este punto pasamos a analizar los indicadores
20. El primer conjunto de estrategias contempla tres objetivos que más bien definen el carácter o enfoques que orientan todas las estrategias del plan. Estos objetivos son: priorizar por los más pobres, un abordaje programático y un abordaje en base a settings. El objetivo, *prioridade aos mais pobres*, reconoce que se han profundizado los problemas de salud relacionados con la pobreza y la exclusión social, las desigualdades sociales, al envejecimiento de la población, al movimiento de la población y el número creciente de inmigrantes. A continuación describe que los problemas de acceso a la salud y a los medicamentos son causados por la falta de recursos, las condiciones de vida y la exclusión social, sin referir a desigualdades sociales por género (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 43).
21. Como dijimos en la descripción del plan, las estrategias transversales no contempla disminuir las inequidades de género en la salud, y uno de los abordajes, el *abordagem programática* del primer conjunto de estrategias del plan, remite a la coordinación de programas nacionales priorizados y los programas sectoriales existentes o en trámite. En la lista de programas que incluye esta estrategia, se cita entre otros el *III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género 2007-2010*, y el *III Plano Contra la Violência*

Doméstica 2007-2010, cuyo organismo responsable es la *Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres*¹⁷¹. Ciertamente, el plan de igualdad de violencia doméstica, incluyen estrategias en el ámbito de la salud, en la línea de las políticas nacionales para la igualdad de género, pero al menos en el caso del plan de igualdad, como dijimos (Ver página 62) aborda de manera general dos objetivos que no son claramente evaluables. Sin embargo, para efectos de la sensibilidad de género fue atribuido un valor positivo, al tiempo que abarca también otros programas sectoriales que de acuerdo a su enunciado pueden contribuir a la disminución de las desigualdades sociales o de género. El plan declara que: “tem-se feito um grande esforço no sentido de desenvolver *Programas Nacionais de Intervenção* para, de uma forma horizontal, serem executados por todos os intervenientes no sistema de saúde, incluindo os cidadãos”. (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 44).

22. El tercer objetivo del primer conjunto de estrategias del plan es el *abordagem com base em settings*, que hace referencia a los lugares en que transcurre la vida de las personas y aquellos entornos definidos para la intervención de la salud en colaboración con los ministerios respectivos. No hay datos por sexo y las intervenciones no incluyen un abordaje para la disminución de las desigualdades debidas al género, sólo en el entorno de la escuela algunas medidas se destinan para grupos socialmente excluidos, de ahí su indicador 1 o bajo de sensibilidad.
23. Los datos de la Tabla 3 de sensibilidad operativa para el segundo conjunto de estrategias del plan de salud *Estrategias para Obter mais Saúde para Todos*, también es separado para la descripción de los datos por sexo y para la intervención propuesta, para dos abordajes. El *Abordagem centrada na família e no ciclo da vida*, tiene en comparación al resto de las estrategias una mayor sensibilidad, esto es que 3 de los 5 etapas de la vida contempla datos desagregados por sexo, las dos primeras etapas si bien se refieren a la salud de las mujeres no es considerado debido a que no hay datos para varones. En las intervenciones propuestas, este abordaje del ciclo de la vida, tiene baja

¹⁷¹ Véase CIDM, disponible en sitio web institucional <http://www.cig.gov.pt/>

sensibilidad para las etapas de la juventud, vida adulta y vejes, y sensibilidad media para la etapa crecer con seguridad correspondiente a la infancia, y una alta sensibilidad en nacer con salud, pasamos a explicar.

24. Como mencionamos al comenzar la descripción, el plan de salud portugués, no incluye capítulos o apartados específicos relativos a la salud reproductiva, la salud de las mujeres o la salud de población excluida, estas materias han sido incorporadas en las estrategias del plan que se orientan por el ciclo de la vida, los entornos de salud, la gestión de las enfermedades y la mudanza del ciudadano. Particularmente, la salud reproductiva en el PNS 2004-2010, puede ser localizado -si bien su mención no es explícita- en la etapa denominada *Nascer com Saúde*, del *Abordagem centrada na família e no ciclo da vida* correspondiente al segundo conjunto de estrategias del plan *Obter Mais Saúde para Todos*. Si bien esta ubicación corresponde a la tradicional tendencia de asociar la salud de las mujeres a su dimensión reproductiva y maternal, cuestionada desde los estudios de género y feministas por perpetuar las desigualdades de género, en este trabajo fue valorado positivamente en la medida que en el plan son propuestas como intervenciones para mejorar el acceso y la calidad de la atención de la población femenina que depende del sistema público de atención, dispone de menos oportunidades y recursos económicos. A raíz de esta apreciación, fue establecido como criterio que toda aquella medida tendiente a la gratuidad, la coparticipación en el pago, para la población indistintamente del sexo, sea valorada como positiva para la disminución de las desigualdades sociales y de género.

25. Para el *Abordagem na gestão da doença*, la Tabla 3 muestra indicadores de nula y baja sensibilidad tanto para la descripción por sexo como para las intervenciones propuestas. De las 23 enfermedades listadas en este trabajo, 14 disponen de datos desagregados por sexo, o en alusión a hombres o a mujeres. En este sentido llama la atención la asociación de algunas enfermedades de mayor presencia en mujeres como la depresión y el stress, así como las enfermedades sexuales y las contagiosas de mayor presencia en varones. En la

intervención, para la mayoría de las enfermedades destacadas existen medidas destinadas a grupos socialmente excluidos, particularmente la obesidad, las enfermedades sexuales y contagiosas. Lo anterior, hace cuestionar respecto del papel que pueden estar jugando estereotipos o prejuicios de clase o etnocéntricos en la definición de algunas enfermedades, cargadas de estigmas sociales y representativas de peligro.

26. Los datos de la Tabla 4 de sensibilidad operativa de género para el último conjunto de estrategias del plan de salud *Estrategias para a Gestão da Mudança*, corresponden a indicadores bajos y nulos de sensibilidad de género. Este conjunto de estrategias se presenta para la descripción por sexo y para las intervenciones en 3 objetivos. El primero *A Mudança centrada no cidadão*, solo desagrega datos por sexo en dos de los cinco objetivos, estos son la promoción de comportamientos saludables en que se refiere al consumo del tabaco, alcohol y drogas ilícitas, y en el crear un contexto ambiental conducente a la salud, donde se hace referencia algunos estudios que consideran riesgos diferenciados para hombres y mujeres en el ámbito de la genética. Igualmente para las intervenciones solo dos de los cinco objetivos contemplan medidas para grupos de exclusión social, uno de ellos aborda la violencia denominada de doméstica para la cual asigna como intervención la existencia del Plano Nacional de Violencia Domestica. Finalmente, en el objetivo de comportamientos saludables, se proponen medidas para grupos socialmente excluidos donde ubica en igual posición, colectivos estigmatizados socialmente, como el ejercicio de la prostitución, la población migrante, y las madres solteras

27. De las limitaciones: Teniendo en cuenta las ventajas que presenta el Cuestionario guía, diseñado para identificar elementos como objetivos, intervenciones, población excluida, materias fáciles de identificar en el plan. Las dificultades de su aplicación en el plan portugués estuvieron relacionadas al tipo de información en el plan respecto a las intervenciones propuestas, puesto que en su mayoría se plantean de manera muy general, sin alusión a acciones determinadas o específicas, a responsables institucionales claros, a mecanismos de evaluación.

Mas allá de las metas que propone el plan para ser alcanzados, no especifica la manera ni los recursos, humanos, físicos y presupuestarios con que deben ser perseguidos. En definitiva frente a la duda, se debió suponer que los enunciados de las las intervenciones, más allá de una declaración de intenciones o de buena voluntad, cuentan con un respaldo. Esto se tradujo en la sobre valoración de la sensibilidad para algunas intervenciones.

Desafíos para la investigación

28. Se dice que un sistema de indicadores es algo más que un conjunto de indicadores. Más que la suma de ellos, es un conjunto enmarcado en un modelo teórico que lo interpreta, en el que pueden distinguirse efectos directos o indirectos, interacción entre los indicadores y con variables contextuales (Álvaro, 1997). Estas variables contextuales pueden matizar o modelar los resultados encontrados. En este sentido, dejamos planteado el desafío de acoger estos resultados, para nuevas interpretaciones, encontrar otras aproximaciones, incentivar nuevos estudios o intervenciones.

29. Se trata de Indicadores de género para la comprensión e intervención a nivel de las políticas, que se presentan como una posibilidad válida y disponible. Estos productos son fundamentales para el análisis y la explicación de la desigualdad de género en la salud, que como hemos confirmado, aún es invisible en el marco de sus políticas nacionales. Indicadores que representan métodos de recolección de datos que no niegan o excluyen métodos tradicionales, mas que enriquecen los datos ya existentes. Este tipo de indicadores actualmente disponibles y basados en estudios similares para el estudio del género no solo en el campo de la salud¹⁷², permite una evaluación eficaz de las formulaciones o planes de salud, comparar planes o programas, a nivel nacional o entre países.

¹⁷² En comunicación con Rosana Peiró, tomamos conocimiento de que el Cuestionario Guía de Sensibilidad de género diseñado para el análisis comparativo de los planes de salud de las Comunidades Autónomas de España, también está siendo utilizado en el análisis comparativo de planes de salud a nivel de Europa, donde fue incluido el plan de salud portugués PNS 2004-2010. Entendemos que dicha investigación, a la fecha, se encuentra suspendida.

30. Este tipo de investigación en el campo de la salud, puede servir de incentivo para el desarrollo de nuevas investigaciones en Portugal, donde los estudios de género y las redes de profesionales son una realidad, y donde se dispone de recursos institucionales. Nuevos indicadores para nuevos desafíos, como evaluar planes, proyectos o programas sin desigualdades aparentes, uniformes, sin propuestas ambiciosas. En un tiempo de crisis económicas y reformas estructurales del Estado, la búsqueda de conocimiento en el ámbito de la salud es clave para las mujeres, y puede representar una oportunidad para el desarrollo de nuevas estrategias y la adaptación de nuevos instrumentos, en pro de la transformación social y los principios de igualdad de género.
31. De las mudanzas estructurales que se vienen desarrollando desde hace dos o tres décadas en Portugal y en la región europea como consecuencia de la globalización económica y financiera, han emergido desigualdades sociales que amenazan el tradicional modelo de Estado providencia europeo. Fenómenos como las crisis económicas, el desempleo, la exclusión social y la pobreza en determinados colectivos, los desequilibrios ambientales, afectan de manera diferente a mujeres y hombres. La limitación de los beneficios sociales y específicamente los del ámbito sanitario, da cuenta de un Estado más preocupado en gestionar los recursos, la eficiencia y las metas, procesos o políticas que pueden resultar menos favorables a los principios de igualdad de género, toda vez que el progreso se mide en términos económicos ignorando las necesidades particulares de mujeres que por razones de género disponen de menor poder económico y social, aun cumpliendo un papel fundamental de cuidado dentro de las familias, cada vez más recargadas en sus funciones productivas y reproductivas.
32. Los estudios han señalado que cuando las estrategias de la igualdad se despliegan de manera aislada y las estructuras sociales siguen reproduciendo mecanismos de discriminación, muchas estrategias difícilmente consiguen influenciar la vida ciudadana y traspasar los límites reducidos de acción. De la misma manera para el desarrollo de estrategias en pro de la igualdad,, abordajes

circunscritos a las necesidades específicas de las mujeres y que no tienen en cuenta las necesidades y contribución de diversos colectivos masculinos, representan la ausencia del enfoque de género bien entendido, esto es como una categoría de relaciones sociales desiguales cuya transformación depende de la consideración y participación tanto hombres como de mujeres.

MUCHAS GRACIAS

Évora, Octubre del 2010

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, Laurinda (2007) As confrarias de Misericórdia (Portugal-Período Moderno). En *Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts*. Abreu eds. Edições Colibri, CIDEHUS-UE., pág. 31-38.
- Abreu, Laurinda (2004) *Introdução, en Igreja, Caridad e Assistência na Península Ibérica (secs. XVI-XVIII)*. Abreu (ed.) Évora: Edições Colibri-CIDEHUS-UE, págs. 12-15.
- Abreu, Laurinda (1999) A cidade em tempos de peste: medidas de protecção e combate às epidemias em Évora, entre 1579 e 1637. Em *O papel das Misericórdias na sociedade portuguesa de Antigo Regime: o caso da Misericórdia de Évora*.
- Abreu, Laurinda (2000) Purgatório, Misericórdias e caridade: condições estruturantes da assistência em Portugal (séculos XV-XIX). Em *DYNAMIS*. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus, págs. 395-415.
- Abreu, Laurinda (2007) The English “Poor Laws”. In *Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts*, Abreu (ed) Edições Colibri-CIDEHUS, págs. 39-42.
- ACS (2009) *Plano Nacional de Saúde 2011-16*, Caderno de encargos, Alto-Comissariado da Saúde.
- _____ (2009) *Estratégias de saúde em Portugal, O Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Ministério da Saúde/Alto-Comissariado da Saúde.
- _____ (2008) *Indicadores Actuais do PNS*. Alto Comissariado da Saúde.
- Almeida, Ana Margarida Nunes de (2004) *Fecundidade e Contracepção: Percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Álvaro Page, Mariano (1997) Marco Teórico para un sistema de indicadores de igualdad entre géneros, en *Indicadores para a Igualdade, uma proposta inadiável*. Cadernos Condição Femenina Nº47, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Lisboa Codex, págs. 151-189.
- Amâncio, Lígia (2007) *O Longo Caminho das Mulheres, Feminismos 80 anos depois. I Congresso Feminista e da Educação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

- Araújo, Maria Marta Lobo de (2008) A assistência às mulheres nas Misericórdias portuguesas (séculos XVI-XVIII). Em *Nuevo Mundo Mundos Nuevos Coloquios 2008, Familia y Organización Social en Europa y América siglos XV – XX, Murcia – Albacete 12-14 Diciembre 2007*.
- Barbieri, Teresita de (1999) Derechos Sexuales y Reproductivos Aproximación breve a su historia y contenido, en *Revista Mujer Salud*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, 2/1999, pág. 56-63.
- Barros, Pedro Pita; Simões, Jorge (2007) Portugal: Health system review. In *Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Vol.9, Nº5.
- Bentes, Margarida; Dias, Carlos Matias; Sakellarides, Constantino; Bankauskaite, Vaida (2004) *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Vol. 6, Nº1.
- Bird, Chloe E.; Rieker, Patricia P. (2008) *Gender and Health. The effects of Constrained Choices and Social Policies*. USA:Cambridge University Press.
- Bock, Gisela (1991) Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950). Em Duby, G; Perrot, M. (Dir.) *História das mulheres no Ocidente*, Vol. 5, Porto: Afrontamento, págs.435-475.
- Borchorst, Anette (2000) Relações sociais de sexo e bem-estar social na Europa Ocidental. Em *Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM)*, Ex Aequo, Número 2/3, Oeiras: Celta Editora,pág. 165-174.
- Bourdieu, Pierre (1989) *O Poder Simbólico*. Tradução Fernando Tomaz. Lisboa: Difusão Editorial, Lda., Difel.
- Bourdieu, Pierre (1999) *A Dominação Masculina*. Tradução Miguel Serras Pereira. Oeiras: Celta.
- Butler, Judith (2007) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Cabral, Manuel Villaverde; Alcântara, Pedro (2009) *O Estado da Saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Co-editado por Imprensa de Ciencias Sociais -

Ministério da Saúde.

- Carapinheiro, Graça (2005) Do bio-poder ao poder médico. Em *Estudos do Século XX - Ciência, Saúde e Poder - Revista do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20)*, Nº 5, págs. 379-398.
- Carapinheiro, Graça (2006) A saúde enquanto matéria política. Em Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de página Editores, págs. 137-164.
- Carvalho, Carolina (2003) Feminismo - conceito polémico Perspectiva histórica. Em Conceição Nogueira et al, Carmos Marques (ed.), *Um olhar sobre os feminismos: pensar a democracia no mundo da vida*. Porto: UMAR, União de Mulheres Alternativa e Resposta, págs.31-45.
- Chartier, Roger (2004) A “Nova” História Cultural Existe?. En *Cultura Revista de História e Teoria das Ideias*, Vol. XVIII, II serie. Centro de História da Cultura, Universidade Nova de Lisboa.
- CIDM (2004) *A Igualdade de Género em Portugal*, Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- _____ (2008) *III Plano Nacional para a Igualdade 2007-2010. Cidadania e Género*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Costa, Cecilia Vieira da (2003) Feminismo Radical. Em Conceição Nogueira et al, Carmos Marques (ed.), *Um olhar sobre os feminismos: pensar a democracia no mundo da vida*. Porto: UMAR, União de Mulheres Alternativa e Resposta, págs. 79-95.
- Curtis, Sarah A. (2002) Charitable Ladies: Gender, Class and Religion in Mid Nineteenth-Century Paris. In *Past and Present, Oxford Journals*, 177(1):121-156.
- Doyal, Lesley (2003) *Gender and Health sector reform: a literature review and report from workshop at Forum 7*. Published by the Global Forum for Health Research.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esteban, Mari Luz (2003) El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En Filgueira y López (comps.) *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 3, número 1, págs. 22-39.
- Esteban, Mari Luz (2006) El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque

- antropológico y feminista. En *Salud Colectiva*, Vol. 2(1), págs. 9-20.
- Esteban, Mari Luz (2004) Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En *Congreso Internacional Sare 2003 "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"*. Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo, págs. 63-84.
- Ferreira, Maria Luísa Ribeiro (2001) Reflexões sobre o conceito de género. Em Ribeiro (org.) *Pensar no Feminino*, Lisboa: Edições Colibri.
- Ferreira, Virgínia (2000) Sexualizando Portugal: mudança social, políticas estatais e mobilização social das mulheres. En António Costa Pinto (org.), *Portugal Contemporâneo*, Madrid: Sequitur.
- Fox Keller, Evelyn (1991) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia, España: Ediciones Alfons el Magnanim.
- Harding, Sandra (1996) *Ciencia y feminismo*, Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Huften, Olwen (1994) Mulheres, trabalho e família. Em Natalie Zemon Davis e Arlette Farge (dir) *História das Mulheres, Vol 3, do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 23-69.
- INE (2010) *Homens e Mulheres em Portugal 2010*, Instituto Nacional de Estatísticas, Lisboa, Portugal.
- _____ (2010) *Portugal en Numeros 2008*, Indicadores de Saúde 2008, Edição INE.
- _____ (2010) *As Pessoas 2008*, Edição INE- I.P.
- Iriarte, Iolanda Salinas (2005) Globalización y equidad de género en el sector de la salud. En *Globalización y Salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública Eds., págs. 269-296.
- Jesus, Elisabete Soares de (2007) Assistência e honra-actuação municipal face às desamparadas do Porto no Antigo Regime. Em Abreu (Ed) *Asistencia y Caridad como Estrategias de Intervención Social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX)*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, pág. 241-259.
- Joaquim, Teresa (2000) Saúde das Mulheres Cuidar dos outros, cuidar de si. Em *Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM), Ex Aequo*, Número 2/3, Oeiras: Celta Editora, pág. 191-

- Kabeer, Naila (1998) Ejercer el derecho a escoger: mujeres, maternidad y política demográfica. En Kabeer, *Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, México: Editorial Paidós. Págs. 204-209.
- Kuhlmann, Ellen (2009) From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare, In *Current Sociology*; 57; 135.
- Leeuwen, Marco H. D. van (1994) Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe. In *Journal of Interdisciplinary History*, Vol. 24, Nº 4 (Spring, 1994) pp 589-613.
- Lemkow, Louis (2002) *Sociologia ambiental*. Barcelona: Icaria Editorial S.A.
- Luciano Ferdinand, Diny (1998) Género, Políticas de Salud y Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. En *Revista Mujer Salud*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, 4/1998, pág. 34-43.
- Lynch, Katherine A. (2003) *Individual, families, and communities in Europe 1200-1800*, Cambridge University Press.
- Magalhães, Maria José de Sousa (1998) *Movimento Feminista e Educação, Portugal, décadas de 70 e 80*, Oeiras: Celta Editora.
- Mazarrasa, Lucía (2001) Estrategias de Promoción de la Salud. En: Miqueo et al. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva ediciones.
- Ministério da Saúde. (1999) *Saúde, um compromisso – a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. EUROPRESS;
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2002) *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de situação: Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde, 2004 – 2010, Volume I - Prioridades*. Lisboa.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004 – 2010. Mais Saúde para Todos*. Lisboa.

- Ministério da Saúde (2004) Plano Nacional de Saúde, *Documento de Trabalho*.
- Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde (2007) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Avaliação de Indicadores 2001-2006: Ganhos em Saúde*. Lisboa: MS/ACS.
- Ministério das Finanças Portugal (2002) *Grandes Opções do Plano 2003*. (2003) *Grandes Opções do Plano 2004*. Lisboa. Ver en el site del
- Observatorio de Salud de la Mujer-OSM (2005) *Informe Salud y Género*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- _____ (2002) *Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*.
- OPS/OMS (1999) *Equidad de Género en Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Washington: OPS.
- _____ (2004) Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. En *Unidad Género, Etnia y Salud*, OPS/PALTEX.
- Ortiz, Teresa. (2002) El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Elvira Ramos (ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, págs. 29-42.
- Ortiz, Teresa (2006) *Medicina, Historia y Género: 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK Ediciones.
- Ortiz, Teresa; Sant' Anna, Denise Bernuzzi (2007) Perspectives on gender and health. In Abreu et. al. Eds. *Dinamics of health and Welfare: texts and contexts*. Évora: Ediciones Colibrí, págs. 104-117.
- Peiró, Rosana et al (2004) Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. En *Gaceta Sanitaria*; 18(Supl(2)):36-46.
- Pérez Sedeño, Concha (2001) Ciencia y valores de género. En Viky Frías Ruiz (editora) *Las Mujeres ante la Ciencia del siglo XXI*. Instituto de Investigaciones Feministas Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Editorial Complutense S.A.

- Perista, Heloísa; Silva, Alexandra (2005) *Guia para o Mainstreaming de Género na Saúde*. Coleção Bem me quer Nº13, Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres Presidência do Conselho de Ministros.
- Perrot, Michelle (1991) Sair. Em Geneviève Fraisse e Michelle Perrot (dir.) *História das Mulheres no Occidente, Vol. 4: O século XIX*. Porto: Edições Afrontamento, págs. 503-539.
- Pimentel, Irene Flunser (2001) *História das Organizações Femininas do Estado Novo*, Lisboa: Temas e Debates.
- Pinto, Teresa (2007) Educação e políticas para a igualdade em Portugal balanço e prospectiva. Em Amâncio (org. e coord) *O longo caminho das Mulheres, Feminismos 80 anos depois*. Amâncio et.al (org.). Lisboa: Publicações Dom Quixote, pág.141-154
- Pinto, Teresa (2008) Industrialização e domesticidade no século XIX. A edificação de um novo modelo social de género. Em *Género, Diversidade e Cidadania*. Henriques (coord). Évora: Ediciones Colibrí.
- Portugal, Sílvia, (2000) A Igualdade nas políticas de Família, Um estudo de caso sobre o Ano Internacional da Família, em *Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM), Ex Aequo*, Número 2/3, Celta Editora, Oeiras, 2000, pág. 175-189.
- Reis, Maria de Fátima (2007) Caridad e Clausura: honra e virtude feminina em Lisboa na Modernidade. Em Laurinda Abreu (Ed) *Repressão e controlo da mendicidade no Portugal Moderno, en Asistencia y Caridad como Estrategias de Intervención Social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX)* Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, págs. 315-322.
- Sá, Isabel Cristina dos Guimarães Sanches; Lópes, María Antonia (2008) *História Breve das Misericórdias Portuguesas 1498-2000*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Scott, Joan W. (1994) A mulher trabalhadora. Em Geneviève Fraisse e Michelle Perrot (dir.) *História das Mulheres no Occidente, Vol. 4: O século XIX*. Porto: Edições Afrontamento, págs.. 443-475.
- Sen, Gita; Asha, George; Piroška, Östlin (2005) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. *Publicación Ocacional Nº14 Harvard Center for Population and Development Studies*, Organización Panamericana de la Salud.

- Sen, Gita; Ostlin, Pirooska (2007) La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. *Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS*. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, el Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia (SNIPH) y el Instituto de la Sociedad Abierta (OSI).
- Sevalho, Gil (1993) Uma abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença, Em *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3): págs. 349-363.
- Silva, Luisa Ferreira da; Alves, Fátima (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, Luísa Ferreira da (2004) *Socio antropología da saúde: sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, Luísa Ferreira da (2002) Políticas de Saúde para todos. En *Promoção da Saúde*, Silva et al. Colab. Lisboa: Universidade Aberta, págs. 69-84.
- Szreter, Simon(2007) *Health and Wealth Studies in History and Policy*. University of Rochester Press, pp. 203-241.
- Tavares, Manuela (2007) Feminismos em Portugal – rupturas e continuidades na luta pela despenalização do aborto. Em Amâncio (org. e coord) *O longo caminho das Mulheres, Feminismos 80 anos depois*. Amâncio et.al (org.). Lisboa: Publicações Dom Quixote, págs. 292-305.
- UNFPA (2004) *Estado de la población mundial 2004*. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA.
- UNICEF (2001) A league table of teenage births in rich nations, in *Inocenti Report Card* N°3, July 2001, Florence.
- Wall, Karin (1995) Apontamentos sobre a Família na política social portuguesa. Em *Análise Social*, n° 131-132, pp. 431-458.
- Whitehead and Dahlgren (2006) *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Europe Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool.
- Whitehead, Margaret (1990) *The concepts and principles of equity and health*.

Copenhague: World Health Organization Regional Office for Europe

World Health Organization (1999) *Health 21: Health for All in the 21st century*. Copenhague: WHO, Regional Office for Europe.

World Health Organization Regional Office for Europe (1999) *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhague: WHO European Region.

World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.

Bases de datos y metabuscadores (¹⁷³)

- Biblioteca Universidad de Evora. Bases de datos revistas electrónicas. En <http://www.bib.uevora.pt/>
- Biblioteca Nacional de Portugal. En <http://www.bnportugal.pt/>
- Indicadores de salud de la Comunidad Europea (ECHI) En http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_es.htm
- Indicadores Eurostat sobre la pobreza y la exclusión social. En <http://www.2010againstopoverty.eu/?langid=pt>
- Portal de difusión científica Dialnet <http://dialnet.unirioja.es/>
- Scientific Electronic Library on line Scielo. En <http://www.scielo.org>

Sitios web de referencia básica

- Alto-Comissariado da Saúde, ACS. En <http://www.acs.min-saude.pt/>
- Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, CEDAW. En Ver Site oficial CIGM consultado en agosto 2010 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, CIGM. En

¹⁷³ A lo largo del texto fue incluida la fecha de consulta, los vinculos han sido actualizados al mes de septiembre en vigencia.

<http://www.cig.gov.pt/>

- Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais (DPP) del Ministerio do Ambiente, do Ordenamento do Territorio e de Desenvolvimento Regional. Em <http://www.dpp.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde - Ministério da Saúde de Portugal. Em <http://www.dgs.pt>
- Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Em <http://www.ensp.unl.pt/>
- Instituto Nacional de Estatísticas de Portugal, INE. En <http://www.ine.pt>
- Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), Em: <http://www.observaport.org/>
- ONU. Declaración de Beijing y plataforma para la acción. IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, 4-15 de septiembre de 1995. En http://www.unesco.org/water/news/pdf/beijing_declaration_es.pdf
- Organization for the Economic Cooperation and Development – OCDE. In <http://www.oecd.org>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). En <http://who.org>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Política de la OMS en materia de género. En <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.Pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Em <http://www.paho.org/Spanish/ad/ge/home.htm>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. División de Salud y Desarrollo Humano. Em <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/reform.htm>
- Portal de Salud de la Unión Europea. En http://ec.europa.eu/health-eu/index_es.htm
- Programa do XV Governo Constitucional, Governo de Portugal, ver en <http://www.portugal.gov.pt/pt/GC15/Governo/ProgramaGoverno/Pages/default.aspx>
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA em <http://www.sida.pt/>

- United Nations Population Fund (UNFPA) In <http://www.unfpa.org/public/home/about>
- WHO. Disponible en http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- WHO European Region. <http://www.euro.who.int/document/health21/>

ANEXOS

I. Cuadro Resumen

Sensibilidad Operativa de género para la Descripción y para la Intervención

Estratégias Gerais PNS 2004-2010

| Contenidos operativos (*) | ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo? | Objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población. Líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población. Objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social. | Sensibilidad descripción/intervención |
|--|--|---|---------------------------------------|
| 1. Prioridade aos mais pobres | no | Propone objetivos /líneas de actuación para grupos de exclusión social: 1) Propone un abordaje territorial para mejorar el acceso a los servicios de salud de la población desfavorecida que se concentra territorialmente (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 43-44). 2) La coordinación con otros sectores de la sociedad en la promoción de políticas de discriminación positiva para los más desfavorecidos (PNS 2004-2010 Volume I, pág. 43-44). | 0/1 (nulo/bajo) |
| 2. Abordagem programática | no | Contempla los planes nacionales de igualdad de género y de violencia doméstica, y programas relativos a ámbitos en los que se subentienden objetivos /líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población y para grupos de exclusión social. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 44) | 0/111 (nulo/alto) |
| 3. Abordagem com base em settings: escolas, trabalho, prisões. | no | 1) En el entorno escuelas propone objetivos /líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población: Apoyo a la educación para la salud en las escuelas sobre violencia, ciudadanía, educación sexual y afectiva, SIDA y bajo orientaciones técnicas. (PNS 2004-2010 Volume I, Prioridades, pág. 46-47) | 0/1 (nulo/ bajo) |

Nota: El indicador 0 a la izquierda de la barra diagonal, corresponde al valor para descripción de los datos según sexo. A la derecha de la barra diagonal es el valor para las intervenciones propuestas por el plan. Las respuestas positivas tienen un valor de 1, la ausencia de respuesta afirmativa es el valor 0. La mayor cantidad de valores 1 corresponde a mayor nivel de sensibilidad operativa, 0 es nula, 1 es bajo, 2 es media, 3 es máximo.

II. Cuadro Resumen

Sensibilidad Operativa de género para la Descripción y para la Intervención

Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos PNS 2004-2010

| Contenidos operativos | ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo? | Objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población. Líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población. Objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social. | Sensibilidad descripción/intervención |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <i>Abordagem centrada na família e no ciclo da vida</i> | | | |
| <i>Nascer com saúde</i> | no | Aumentar los esfuerzos dirigidos a las adolescentes y las minorías étnicas, desarrollar acciones dirigidas a públicos específicos: adolescentes y minorías urbanas pobres, invertir en unidades móveis, “Assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados.” (PNS Vol. II, 2004, pág.15) | 0/11 (nulo/alto) |
| <i>Crescer com segurança (hasta los 9 anos).</i> | no | El plan propone mejorar la articulación entre servicios, reforzar la primera consulta en los primeros días de vida, reestructurar las urgencias pediátricas, promover la salud infantil incentivando el amamantamiento, atención especializada a menores portadores de deficiencia o con atraso de desenvolvimiento (Centros de Desenvolvimento Infantil). (PNS Vol. II, 2004, pág. 16-17). | 0/11 (nulo/medio) |
| <i>Uma juventude à procura de um futuro saudável (entre los 10 a los 24 años)</i> | si | Abordagem integrada da saúde dos adolescentes e do desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Uma vida adulta produtiva (de los 25 a los 64 años)</i> | si | “Deverão ser explicitadas nos programas e intervenções, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários e das acções dos serviços de saúde pública, especificidades na acção sensíveis às diferenças entre os géneros” (PNS Vol. II, 2004, pág.19). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Um envelhecimento activo (65 anos y más)</i> | si | Generalizar el concepto de envejecimiento activo, relacionado con la práctica de la actividad física, de la memoria, buena nutrición, comportamientos saludables, todo lo anterior teniendo en cuenta las diferencias de género. Como vemos se plantea en términos de objetivo, sin precisar los mecanismos o líneas de acción más precisas. la organización de los cuidados paliativos, estableciendo unidades de internamiento y domiciliarias elaboradas en conjunto con la comunidad científica y la sociedad civil para normalizar los servicios de salud en esta prestación. | 1/1 (alto/bajo) |

| <i>Abordagem na gestão integrada da doença</i> | | | |
|--|----|--|--------------------|
| <i>Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)</i> | si | “Promover estudos epidemiológicos em populações específicas classicamente relacionadas com a aquisição de IST: <u>migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes e jovens adultos e reclusos</u> ” (PNS Vol. II, 2004, pág. 23). promover el acceso universal y gratuito, la información adecuada para la prevención de las IST, incentivar acciones de prevención, diagnóstico y terapias “junto das populações com comportamentos de risco para IST, nomeadamente migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes e adultos jovens e reclusos” (PNS Vol. II, 2004, pág. 24). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>SIDA</i> | si | “Acesso universal, incluindo o da população reclusa, aos tratamentos anti-retrovirais e aos meios de monitorização do estado de saúde, a garantia da utilização das melhores práticas nos cuidados de saúde e nas terapêuticas e o acesso generalizado aos meios e materiais de redução de riscos (preservativos femininos e masculinos e material estéril de injeção) são orientações e princípios que serão consagrados nas intervenções desenvolvidas.” (PNS Vol. II, 2004, pág. 25). Realizar Protocolos del Ministerio de Saúde con el Ministerio de Educación para realizar formación cívica y sexual de los jóvenes. | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Outras doenças infecto contagiosas.</i> | si | Para la infección por tuberculosis se plantea reforzar actividades geográficamente específicas a nivel de freguesias y de instituciones como las prisiones (PNS Vol. II, 2004, pág. 31). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Cancro</i> | si | “Como prioridades absolutas, pela sua dimensão, considerar-se-ão a coordenação de um programa nacional de rastreio de cancro de mama e do cancro colorrectal e a sua articulação com a rede de referenciação, a desenvolver de imediato.” (PNS Vol. II, 2004, pág. 34). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Doenças do aparelho circulatório.</i> | si | no | 1/0 (alto/nulo) |
| <i>Outras doenças cronicodegenerativa: Asma, doenças crónico obstrutivas, neumonia,, bronconeumonia.</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>diabetes e obesidade.</i> | si | Se plantea priorizar por la información de la patología tiroidea, intervenir en la ingestión de yodo en la población (¿de mujeres?). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Doenças osteoarticulares, artroses e osteoporosis.</i> | si | “Deverão ser priorizadas acções para prevenção e rastreio da osteoporose, dirigidas particularmente às mulheres, de modo a que se consiga diagnosticar um maior número de casos precocemente. O tratamento adequado para a osteoporose deverá atingir 50% das mulheres diagnosticadas nos próximos anos”(PNS Vol. II, 2004, pág. 43). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>Doenças neurodegenerativas: Parkinson e Huntington</i> | no | Finalmente el reconocimiento legal la figura de el cuidador -sin referir a sexo-, para facilitar la permanencia del enfermo en el domicilio (PNS Vol. II, 2004, pág. 43-44). | 0/0 (nulo/nulo) |

| | | | |
|---|----|---|--------------------|
| | | | |
| <i>Doenças da visão.</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Saúde oral.</i> | no | Las acciones de promoción para el diagnóstico precoz “Desenvolver -se-ão junto das grávidas, nas consultas materno-infantis, nas creches, jardins de infância, escolas básicas e secundárias.” (PNS Vol. II, 2004, pág. 44). Se establecerá un programa subsidiado o gratuito “para todos os deficientes menores de 21 anos, que se estenderá posteriormente a todos os deficientes de qualquer idade. | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Doenças genéticas.</i> | no | Se evaluarán los apoyos financieros por parte del Estado siempre que se justifique para que “seja oferecido de forma generalizada, de modo a impedir algumas inequidades nacionais ou regionais actualmente existentes.” (PNS Vol. II, 2004, pág. 45). | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Insuficiencia renal crónica (IRC)</i> | no | Reformular las normas para la coparticipación de medicamentos al 100% en todas las farmacias y “considerar a possibilidade de comparticipação de suplementos alimentares para crianças doentes renais.” (PNS Vol. II, 2004, pág.46). | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Doenças inflamatória intestinal.</i> | no | Se propone la revisión para la coparticipación del estado en los medicamentos y suplementos nutricionales necesarios a las terapias. | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Hemoglobinopatias</i> | no | Asociados a la inmigración, se plantea intensificar el control -sin atención o referencia a las desigualdades sociales como el género -, en distritos de alta prevalencia (PNS Vol. II, 2004, pág. 46). | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Saúde mental e doenças psiquiátricas</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Depressão</i> | si | no | 1/0 (alto/nulo) |
| <i>Estress</i> | si | no | 1/0 (alto/nulo) |
| <i>Crianças e adolescentes: perturbações y comportamientos de riesgo.</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Pessoas idosas.</i> | no | Se plantea adecuar los cuidados prestados a las personas ancianas mayores de 65 anos y mejorar los cuidados a los enfermos en situación de exclusión social a través de un conjunto diversificado de servicios según sus necesidades, principalmente de los sin abrigo. | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Pessoas en situación de exclusión social. A prevalência de perturbações psiquiátricas.</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |

| | | | |
|---|----|----|--------------------|
| <i>Dor</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Traumatismos, ferimentos e lesões accidentais.</i> | no | no | 0/0 (nulo/nulo) |

Nota: El indicador 0 a la izquierda de la barra diagonal, corresponde al valor para descripción de los datos según sexo. A la derecha de la barra diagonal es el valor para las intervenciones propuestas por el plan. Las respuestas positivas tienen un valor de 1, la ausencia de respuesta afirmativa es el valor 0. La mayor cantidad de valores 1 corresponde a mayor nivel de sensibilidad operativa, 0 es nula, 1 es bajo, 2 es media, 3 es máximo.

III Cuadro Resumen

Sensibilidad Operativa de género para la Descripción y para la Intervención

III Estratégias para a gestão da Mudança PNS 2004-2010

| Contenidos operativos | ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo? | Objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población. Líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población. Objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social. | Sensibilidad descripción/intervención |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <i>Estratégias para a gestão da Mudança.</i> | | | |
| <i>1. A mudança centrada no cidadão.</i> | | | |
| <i>a) Aumentar as opções de escolha do cidadão.</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>b) Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde.</i> | No | Adequar os recursos e criar Centros de Saúde ou mobilizando unidades móveis, em comunidades consideradas mais desfavorecidas, com recursos que permitam aos serviços de saúde adequar -se às necessidades dos imigrantes, minorias étnicas e pessoas sem abrigo e de outras populações desfavorecidas; (PNS, Vol. II, 2004, pág. 55). | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>c) Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis,</i> | Si | “serão criadas unidades medicamente assistidas para populações especiais, como grávidas, mães com filhos pequenos e portadores de doenças mentais e físicas que necessitem de cuidados acrescidos” (Ministério de Saúde, PNS Orientações Estratégicas para 2004-2010, Mais Saúde para Todos, 2004, pág. 62). “A Saúde continuará a dar o seu contributo para a aplicação do Plano Nacional contra a Violência Doméstica, através, nomeadamente, de acções de formação para os seus profissionais, no sentido de os sensibilizar e de potenciar as suas competências na identificação das situações de violência, na orientação e no apoio das vítimas” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 62). | 1/1 (alto/bajo) |
| <i>d) Criar um contexto ambiental conducente à saúde</i> | Si | No | 1/0 (alto/nulo) |
| <i>e) Saúde ocupacional</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>2. Capacitar o sistema de saúde para a inovação.</i> | | | |
| <i>a) Definição e adequação de uma política de recursos humanos</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>b) Gestão da informação e do conhecimento</i> | No | No | 0/0 |

| | | | |
|---|----|--|--------------------|
| | | | (nulo/nulo) |
| c) <i>Incentivar a investigação e desenvolvimento em saúde</i> | No | Esta intervención plantea en el ámbito de la cooperación con países lusófonos las enfermedades asociadas a la pobreza, reforzando las intervenciones necesarias para la concretización de los Objetivos del Milenio, especialmente en relación a la malaria, SIDA, tuberculosis, mortalidad materna (PNS, Vol. II, 2004, pág. 86). | 0/1 (nulo/bajo) |
| 3. Reorientar o sistema de saúde | | | |
| <i>Rede de cuidados de saúde primários</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Redes de cuidados Hospitalares.</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Redes de cuidados continuados.</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Serviços de saúde pública.</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Melhoria do acesso.</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Melhorar o diagnóstico e tratamento.</i> | No | Se plantea mejorar el acceso a través de la promoción de medicamentos genéricos, la información pedagógica a los ciudadanos, introducción en el mercado y adecuar el precio del medicamento a través de el régimen de coparticipación, Mejorar la cobertura farmacéutica, según la distribución poblacional, “tendo em conta necessidades específicas das populações residentes em localidades mais afastadas dos grandes centros, nomeadamente em locais onde existam outros equipamentos de saúde, ou através da instalação de postos móveis para dispensa de medicamentos” (PNS, Vol. II, 2004, pág. 98). | 0/1 (nulo/bajo) |
| <i>Sangue e Transplantes</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |
| <i>Apostar na qualidade em saúde, donde se incluem Qualidade da prestação de serviços de saúde, Qualidade do diagnóstico laboratorial, Humanização dos serviços y Assistência espiritual e religiosa,</i> | No | No | 0/0 (nulo/nulo) |

Nota: El indicador 0 a la izquierda de la barra diagonal, corresponde al valor para descripción de los datos según sexo. A la derecha de la barra diagonal es el valor para las intervenciones propuestas por el plan. Las respuestas positivas tienen un valor de 1, la ausencia de respuesta afirmativa es el valor 0. La mayor cantidad de valores 1 corresponde a mayor nivel de sensibilidad operativa, 0 es nula, 1 es bajo, 2 es media, 3 es máximo.

**Lista de Guías, herramientas y manuales
para la incorporación del enfoque de género en la investigación e intervención de la salud.**

| DOCUMENTO | FUENTE | AÑO Y LUGAR | OBSERVACIONES |
|---|---|---------------|---|
| Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. | http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500006&script=sci_arttext | 2004 España | Cuestionario Guía e indicadores para el análisis sensibilidad de género de los planes de salud que siguen la estructura orientada por la OMS. Incluye indicadores de sensibilidad y para sistematizar el plan de salud en apartados simbólicos y operativos, valora la entrega de datos por sexo, y las intervenciones que incluyan objetivos para reducir las desigualdades de género y de exclusión social. Esta guía a sido validada en la investigación sobre planes de salud de las Comunidades Autónomas de España (Peiró et al, 2004). |
| Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. | OPS. Unidad Género, Etnia y Salud. http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf | OPS/OMS, 2004 | Define ámbitos para el estudio o la intervención, a través de la propuesta de indicadores que contribuyen a la identificación del estado de la cuestión. Estas son la situación de la salud, la atención de la salud y la gestión de la salud. Respecto a la situación de la situación son propuestos aquellos indicadores para su monitoreo. En la morbilidad, aquellas lesiones que también son evitables, por nutrición, uterinas. Especial destaque por parte de la OPS/OMS (2004) para ser incorporado como indicador as en el campo sanitario es el nivel de violencia en el grupo familiar y la violencia de género, el abuso sexual, la depresión. Finalmente, los indicadores de la salud reproductiva, uso de anticonceptivos, la natalidad entre los 15 y 19 años, y la incidencia de VIH/SIDA. Washington, D.C: OPS/PALTEX, 2004. ISBN 92 75 32546 4. |
| Guía metodológica para incluir el tema de "Género" en el diseño de proyectos de OPS. | http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/RecursosH/proyecto/guiasmctodologicas.htm | OPS. | Guía metodológica para incluir el tema de "Género" en el diseño de proyectos de OPS. |
| Guía para la evaluación del impacto en función del género. | Disponible en http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/docs/gender/gender_es.pdf | | Guía para la evaluación del impacto en función del género. |
| Guía para o Mainstreaming de Género na Saúde, | Heloísa Perisa (coord.) e Alexandra Silva, Coleção Bem me Quer, Nº13, da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa 2005. | 2005 Lisboa | Guía parte de la colección publicado por la CIDM, para el apoyo en la implementación del mainstreaming de género en el ámbito privado y público para este número de la salud en Portugal, sistematiza información y datos relativos a mujeres y hombres en Portugal, buenas prácticas, bibliografía y sites de referencia. Es una guía adecuada para marcos introductorios del enfoque de género en el campo de la salud en Portugal. |
| Actas do Seminário Saudar Saúde, género e imigração | Iniciativa GRAAL con apoyo de la CIG | 2009 Coimbra | Sesión de abertura, el proyecto Saudar ejemplo de una buena práctica en Portugal, intervención de los participantes e instituciones organizadoras, temas del debate: mediación cultural, políticas de integración a las mujeres extranjeras. Contiene links útiles sobre salud de los inmigrantes, de los organismos y asociaciones participantes. |
| Canadian experience in gender mainstreaming Status of Woman Canadá Gender-Based Analysis (GBA) | http://www.swc-cfc.gc.ca/ | 2001 Canadá | Este documento subraya la experiencia del gobierno federal en la implementación del gender-based analysis (GBA) en el desarrollo de políticas, programas y la legislación. Desde 1976. Este país viene desarrollando herramientas de análisis. Este documento dispone de casos de estudio para ilustrar la complejidad del enfoque GBA y la influencia de las decisiones políticas. |

| DOCUMENTO | FUENTE | AÑO Y LUGAR | OBSERVACIONES |
|---|---|---------------------|---|
| Canadian International Development Agency (CIDA). The why and how of gender-sensitive indicators: a project level handbook. | http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUImages/Policy/\$file/WID-HAND-E.pdf | Canada, 1997. | Minister of Public Works and Government Services |
| El Marco Conceptual BIAS FREE: Un instrumento práctico para identificar y eliminar sesgos en investigación en salud. Global Forum for Health Research Ginebra, Suiza. | www.globalforumhealth.org | 2006 Suiza y Canadá | En el marco de una concepción de la salud como un derecho humano, apela a los determinantes estructurales de la salud para identificar los sesgos en la investigación en la salud y los medios para eliminarlos, son 19 preguntas que sirven para tal efecto, aplicable a las políticas, la legislación, programas y servicios en países de altos, medios y bajos ingresos |
| Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. | http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/guia_genero_planes/guia_perspectiva_genero_pi?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/guia_genero_planes/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/guia_genero_planes/guia_perspectiva_genero_pi | 2008 Espana | Esta herramienta está dirigida a todas las personas que trabajan en el diseño o desarrollo de los Planes Integrales , tanto en su fase de elaboración, como de implantación y evaluación. Mercedes Amo Alfonso, publicado por la Consejería de la Salud de la Junta de Andalucía. |
| Salud y Género, Guía práctica para profesionales de la cooperación. Médicos del Mundo. Diana Sojo, Beatriz Sierra, Irene Lopez coordinadoras. | www.medicosdelmundo.org | 2002 Madrid | Guía para incorporar la perspectiva de género en proyectos de salud, conceptos de sexo y género, la importancia del enfoque de género en la cooperación internacional, la salud sexual y reproductiva como tema clave en los servicios de la salud, diferencias culturales e identidad de género, como trabajar la masculinidad en los proyectos de cooperación, propuestas metodológica para el análisis de género en los programas de salud, experiencias del trabajo de los hombres. |
| Gender Analysis in Health, A review of selected tools | Department of Gender and Women's Health World Health Organization publicado el año 2002. | 2002 Suiza | Una revisión crítica de 17 herramientas para el análisis de género en la salud y también considerado una compilación soporte para la identificación de estrategias en la política de género de la WHO. Incluye herramientas que se han producido para las cuestiones de género en diferentes perspectivas y con diferentes objetivos. Hace una revisión de herramientas, de políticas específicas, guías y herramientas. Reconoce que las herramientas son un soporte en la comprensión del problema, pero que muchas se limitan a eso sin avanzar en metodologías concretas. Desarrolla preguntas. |

MUCHAS GRACIAS

Évora, Octubre del 2010